

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 93

DES
SALPINGITES BASSES

(Formes douloureuses des Salpingites)

T H È S E

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 31 Janvier 1920

PAR

Anastase ASTÉRIADÈS

Né le 24 Avril 1895, à Larissa (Grèce).



LYON

IMPRIMERIE LÉON SÉZANNE

75, rue de la Buire

Janvier 1920

DES
SALPINGITES BASSES

(Formes douloureuses des Salpingites)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 93

DES
SALPINGITES BASSES

(Formes douloureuses des Salpingites)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 31 Janvier 1920

PAR

Anastase ASTÉRIADÈS

Né le 24 Avril 1895, à Larissa (Grèce).



LYON

IMPRIMERIE LÉON SÉZANNE

75, rue de la Buire

Janvier 1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, MORAT, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique biologique, radiologie et physiothérapie		LEPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		X...
Pathologie et Thérapeutique générales		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	des fonctions
VORON	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
NOGIER	CADE	PIERY	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président* ; VILLARD, *Assesseur* ;
MM. LAROYENNE et TAVERNIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS ET FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MADAME GIRIER

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTHÉLEMY LYONNET

Médecin honoraire des Hôpitaux.

C'est une douce obligation pour nous de lui dédier ce modeste travail. Dès notre arrivée en France il a bien voulu nous recevoir dans son service à l'Hôtel-Dieu. Pendant nos deux années d'internat provisoire il n'a cessé de nous guider avec ses excellents conseils et sa haute compétence. Il a été pour nous un maître, un père et un ami. Nous emportons avec nous le meilleur des souvenirs. Qu'il soit assuré que notre reconnaissance restera toujours vivace dans notre cœur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale, Chevalier de la Légion d'Honneur.

Tous nos remerciements et notre profonde reconnaissance pour ses enseignements cliniques et l'accueil aimable qu'il nous a réservé dans ses salles de l'Hôtel-Dieu, et pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE VILLARD

Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Il nous a prodigué, pendant nos deux années d'internat provisoire dans son service de l'Hôtel-Dieu, son enseignement et ses conseils ; il nous a inspiré notre sujet de thèse et nous a aidé dans ce travail avec la plus amicale bienveillance. Nous l'assurons de notre respectueuse gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR M. SIRAUD

Professeur agrégé.

Il nous a toujours témoigné une vive sympathie et beaucoup d'intérêt. Nous le prions de bien vouloir croire à notre reconnaissance infinie.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU

Accoucheur des Hôpitaux.

Nous le remercions vivement de la bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans son service de maternité à l'Hôpital de la Croix-Rousse, et pour son enseignement si clair et précis.

A MES JUGES

Je tiens particulièrement à renouveler l'assurance de ma profonde amitié à mes anciens frères d'armes : le docteur André Caperonis, médecin major de l'Armée hellénique et le docteur Georges Apostolidès, interne à l'Hôpital de Villeurbanne. Monsieur le docteur Emile Perrin, ancien interne des Hôpitaux, a bien voulu nous aider à la rédaction de ce travail. Nous lui présentons nos remerciements reconnaissants.

INTRODUCTION

On a beaucoup écrit sur les salpingites. En étudiant les différents classiques, il semble tout d'abord que rien ne saurait être ajouté à cette étude détaillée; tout est traité, depuis la pathogénie jusqu'au traitement.

Pourtant, malgré les travaux innombrables qui ont été publiés à son sujet, malgré la connaissance approfondie de cette affection, certains points restent encore à mettre en lumière.

C'est ainsi que notre Maître M. Villard, qui nous a inspiré ce sujet de thèse, a remarqué depuis longtemps que les salpingites à situation basse, principalement celles qui siègent dans le Douglas, entraînent des symptômes douloureux intenses, tenaces, signe constant et essentiel de cette situation des trompes prolabées, et que ces douleurs, souvent, ne sont pas en rapport direct avec le degré des lésions de ces conduits. Il a été frappé par cette dissociation des symptômes et des lésions et par l'insensibilité relative des salpingites plus hautement situées ou franchement hautes.

Guidé par notre Maître, nous tâcherons de notre mieux d'entreprendre cette étude, qui envisagera les salpingites au point de vue de leur situation anatomo-

mique, principalement de leur situation basse, qui imprime à l'affection une allure clinique spéciale. Nous étudierons la pathogénie des douleurs, sa symptomatologie, son diagnostic et nous insisterons sur le traitement, qui comporte une conduite opératoire spéciale.

A l'appui de notre étude nous présentons une série de 15 observations, prises dans le service de M. Villard. Elles nous paraissent justifier les idées que nous soutenons dans notre thèse.

■

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis que Lawson-Tait, le 11 février 1872, a eu l'audace d'ouvrir le ventre en employant le pansement de Lister et d'explorer les annexes, une nouvelle ère a apparu pleine de promesses pour des découvertes ultérieures, renversant les anciennes théories.

Du coup le chirurgien anglais établit l'individualité de la salpingite, son importance étiologique comme foyer initial, comme facteur de la transmission infectieuse, et sa prépondérance comme lésion extirpable.

Sa pathogénie, le mécanisme des altérations des trompes, sa symptomatologie, son diagnostic, son évolution clinique et son traitement ont été décrits, dépouillés, mis à jour.

Mais il ne semble pas que l'on ait étudié les rapports qu'il y a entre la situation anatomique de la trompe et les symptômes.

Nous n'avons trouvé nulle part dans nos recherches une mention intéressant spécialement cette situation anatomique. Tous les auteurs disent bien que la situation basse est la plus courante des trompes malades, mais aucun n'insiste sur cette situation et sur les conséquences ultérieures qui en dérivent.

Pourtant M. Villard, le 5 juillet 1900, présenta à la Société de Chirurgie de Lyon des observations de salpingites trouvées dans une situation anatomique inusitée et leur donna le nom de : salpingites hautes. Plus tard, son élève Pinatzis les étudia dans sa thèse de 1907.

Depuis, notre Maître, dans son enseignement clinique, a individualisé la salpingite basse. Ce sont ses idées sur ce sujet que nous nous efforcerons de synthétiser dans notre travail.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES SALPINGITES AU POINT DE VUE DE LEUR SITUATION

Situation normale. — A l'ouverture de la cavité péritonéale d'une femme et après avoir recliné vers le haut toute la masse intestinale, la première chose qui frappe les yeux est la disposition asymétrique des annexes. Tandis que les droites sont facilement accessibles, les gauches restent encore cachées par l'anse sigmoïde et son meso, qui viennent se déployer dans la fosse iliaque gauche, pénètrent dans l'excavation pelvienne et forment un opercule qui s'insinue plus ou moins dans le Douglas ou même dans le cavum vésico-utérin. Pour arriver donc à la trompe et à l'ovaire gauches, il est indispensable de relever la masse sigmoïdienne autour de la charnière qui lui forme l'insertion pariétale de son meso.

La situation des trompes est très peu stable et est influencée par la position du sujet, par la situation de l'utérus et de l'ovaire. Elles sont situées dans l'aileron supérieur du ligament large et fixées du côté de l'utérus par leur continuité avec son corps, du côté de l'ovaire par les ligaments tubo-ovariens. Malgré cette fixation, elles sont mobiles sur place, surtout dans leur portion

externe, ce qui leur permet de suivre l'ascension du fond utérin dans la grossesse.

Comme elles établissent la communication entre l'ovaire et l'utérus, les oviductes se dirigent généralement transversalement, de l'extrémité supérieure de l'utérus, vers la paroi latérale du bassin. Leur direction n'est pas partout la même. Horizontale d'abord, elle dévie en arrière, en dedans et un peu en bas, pour se diriger ensuite presque directement en dedans.

Elles décrivent ainsi un arc de cercle à concavité interne.

Situation pathologique. — Les trompes malades peuvent subir des déplacements fréquents, qui sont subordonnés à des causes multiples. On peut observer les salpingites hautes, post-puerpérales, ainsi appelées par notre Maître M. Villard, dans lesquelles la trompe se trouve dans la fosse iliaque où elle a été surprise et fixée par des adhérences après avoir suivi l'ascension gravidique de l'utérus; d'autres fois on la rencontre distendue et adhérente entre la corne utérine et le détroit supérieur. On a noté des cas rares d'hernie tubaire à travers l'orifice inguinal ou crural. Delbet a cité un cas de salpingite double, dans laquelle les trompes avaient complètement changé de position et s'entrecroisaient au-dessus du fond utérin; la droite avait pris la place de la gauche et celle-ci était à droite. Mais ce sont des cas bien rares, comme les salpingites basses antérieures prolabées dans le cavum vésico-utérin, intéressantes seulement au point de vue de curiosité anatomo-pathologique.

Situation basse. — Mais il en est tout autrement des salpingites basses. Souvent à la suite des grossesses répétées ou d'une autre cause indéterminée, l'appareil ligamenteux de la trompe se relâche; par suite de son poids, qui est augmenté quand celle-ci présente des lésions pathologiques, elle tombe, accompagnée de l'ovaire, dans le cul-de-sac postérieur; c'est là qu'on les trouve fixés par des adhérences, formant masse irrégulière sur le côté et en arrière de l'utérus.

Cette situation basse se rencontre le plus souvent. Son siège peut être en totalité dans le Douglas, n'empiétant nullement sur les culs-de-sac latéraux, comme dans nos observations IV, VI, VII, VIII, XII, XIII et XIV, ou latéral et en même temps postérieur, ainsi que les observations I, II, III, V, IX, X et XI l'indiquent.

Donc le Douglas est le siège de prédilection de la trompe malade et tous les auteurs sont d'accord sur ce sujet. Adhérente à son fond, elle est habituellement plaquée contre le sacrum, coincée entre celui-ci et l'utérus. On peut y trouver les deux trompes et les ovaires soudés ensemble derrière le fond utérin, couchés sur le sacrum, et alors l'une se superpose à l'autre, comme dans les observations XI et XII; d'autres fois l'une des deux vient empiéter sur l'un des culs-de-sac latéraux et est par conséquent moins médiane que l'autre.

Enfin il y a des cas de salpingite double, qui ne sont pas rares, dans lesquels on peut rencontrer une trompe haute ou en situation presque normale et l'autre basse dans le Douglas. Cette position de deux oviductes est d'autant plus intéressante que la lésion haute est quelquefois plus volumineuse et toujours moins doulou-

reuse que sa correspondante dans le cul-de-sac postérieur.

Nous schématisons ci-dessous la position anatomopathologique de deux trompes trouvées chez la malade

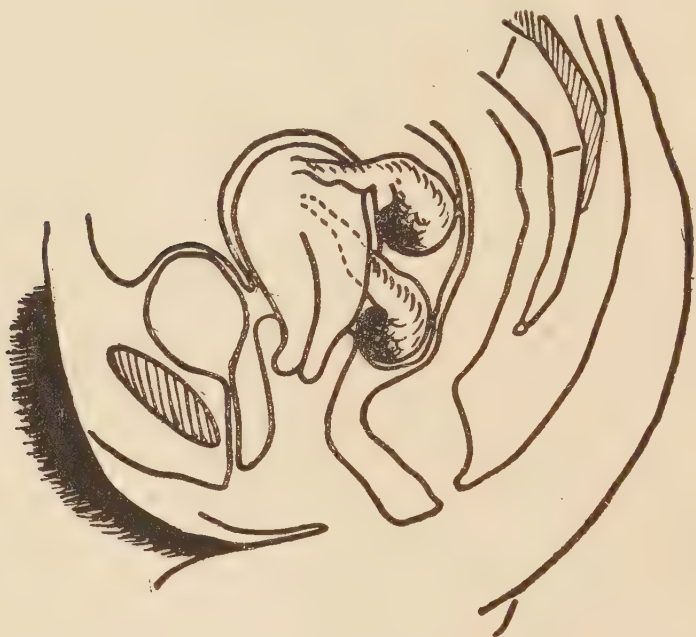


FIG. 1. Coupe sagittale. Salpingite double, basse à droite, haute à gauche.

de l'observation IV. On peut facilement se rendre compte de cette situation tout à fait asymétrique; de deux trompes, seule celle occupant le Douglas était douloureuse et la malade ne se plaignait que du côté droit.

Formes. — Dans les salpingites basses on peut rencontrer les différentes formes anatomiques classiques; la forme parenchymateuse, l'hydro, le pyosalpinx, etc.

La salpingite chronique parenchymateuse est généralement l'aboutissant d'une infection aiguë; la trompe peut prendre l'aspect lardacé, rester volumineuse et plus tard s'atrophier et devenir fibreuse, ou elle est plus bosselée, noueuse et le pavillon reste plus ou moins fermé.

Cette guérison incomplète ou cet état latent de l'inflammation ne s'opérant pas, la fermeture complète de l'ostium péritonéal, la sécrétion continuelle et l'accumulation de liquide augmentant le calibre de la trompe, donnent à l'oviducte la forme d'une cornemuse. Les deux bras de cette tumeur peuvent venir entourer latéralement l'utérus et son volume varie de la grosseur d'un petit œuf à celui d'un poing. A la coupe elle montre une surface interne bourgeonnante, irrégulière et grisâtre, et sa cavité est hérissée d'anfractuosités.

Les lésions peuvent être unilatérales ou bilatérales. Mais le plus souvent on observe une inflammation des deux trompes, sans toutefois que les lésions soient de la même intensité.

Dans nos quinze observations nous n'avons pas rencontré une seule fois des lésions unilatérales des annexes.

Deux fois les trompes étaient distendues, contenant de la sérosité (VI et VII), quatre fois elles étaient scléreuses et ont permis des opérations conservatrices (XII, I, IV et V), cinq fois elles étaient purulentes et ont nécessité la ponction avant l'ablation (II, III, VIII, IX et XIII) et une seule fois nous avons trouvé un hydro-salpinx (Obs. XI).

Contenu. — Selon sa nature, la tumeur occupant le Douglas peut être un pyosalpinx, un hydrosalpinx ou un hématosalpinx.

Dans le pyosalpinx le contenu est un pus jaune crémeux, phlegmoneux, bien lié, formant des grumeaux recouvrant les parois. Il peut être séro-purulent et mal lié. Quand il communique avec un abcès de l'ovaire, il forme le pyosalpinx tubo-ovarien.

L'hydrosalpinx contient un liquide clair, transparent, contenant quelques cellules épithéliales; parfois il est louche. Le volume de la trompe est plus exagéré.

L'hématosalpinx, plus rare, est rempli d'un liquide souvent rose, limpide; d'autres fois il est distendu par une matière brunâtre, sale, contenant des caillots.

Adhérences. — Elles sont le résultat d'un processus inflammatoire aboutissant à la péritonite adhésive. Les sécrétions septiques, remplissant le segment infundibulaire de la trompe, passent à travers l'ostium abdominal, encore indemne, et infectant le péritoine, provoquent une réaction. Ce dernier se défend par une inflammation dont les conséquences sont la modification des cellules superficielles et la chute de l'épithélium. De là un exsudat prend naissance qui au fur et à mesure tapisse cette surface enflammée. C'est le premier stade de la constitution des adhérences. Elles s'organisent peu à peu et se transforment en un reticulum fibreux, assez épais, difficilement déchirable. Hunter a donné à ce processus le nom d'« inflammation adhésive ».

Dans toutes les lésions tubaires ces adhérences s'ob-

servent. Mais elles se rencontrent plus nombreuses, plus résistantes, parfois infranchissables, dans les salpingites basses.

La trompe et surtout son pavillon tombés au fond de l'excavation pelvienne sont fixés par ces brides aux organes avec lesquels ils présentent à ce moment des rapports immédiats, par l'intermédiaire du péritoine qui les recouvre.

Ces adhérences fixant l'oviducte dans le Douglas contre le sacrum sont très nombreuses et résistantes; elles l'entourent complètement et souvent leur décollement est laborieux. Leur aspect est fibreux, blanchâtre et leur insertion aux parties sous-jacentes est parfois tellement solide, que leur décortication amène une déchirure du péritoine.

Le même processus adhésif fixe intimement la trompe contre la paroi postérieure de l'utérus, qui se trouve entouré de toute part par le produit de cette réaction péritonéale.

Il arrive quelquefois que la masse intestinale voisine participe à cette péritonite plastique. Dans ces cas, on observe des adhérences qui unissent la trompe droite et un appendice pelvien, la trompe gauche et le grêle ou le côlon. Mais ces adhérences sont particulièrement intéressantes quand elles arrivent à fixer une anse grêle au fond du Douglas, contre la masse tubaire (Obs. IX).

Plus souvent, c'est l'S iliaque qui, en formant un V, pénètre profondément dans le cul-de-sac postérieur, s'accolant intimement à la trompe, généralement la gauche; alors les adhérences sont serrées, le doigt les déchire avec peine et leur libération, souvent impossible,

détermine des lésions assez étendues de l'anse sigmoïde.

Nous avons rencontré ce cas dans l'Observation II, mais l'S iliaque ne se trouvait pas franchement dans le Douglas; il était seulement adhérent à la face postérieure de l'utérus. Néanmoins, sa libération a été assez laborieuse.

Lésions de pelvi-péritonite surajoutées. — Le processus de péritonite adhésive que nous venons de décrire limite parfois des abcès ou collections séreuses ou séro-purulentes, dues à l'inflammation septique du péritoine pelvien.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie bien connue de cette pelvi-péritonite dans ses relations avec l'infection de l'appareil utéro-annexiel.

Cette inflammation réunit par des adhérences les annexes prolabées, la face antérieure du rectum, le sacrum et la face postérieure de l'utérus et le Douglas devient ainsi, après le cloisonnement de l'infection péritonéale, une poche fermée de toutes parts, bombant douloureusement.

Le contenu de cette poche peut être séreux, séro-purulent ou franchement purulent. L'aspect du pus est aussi différent; quelquefois bien lié, épais, jaunâtre, il est d'autres fois brunâtre et filant. La trompe baigne ainsi dans ce liquide quand la poche est unique, ne formant qu'un seul abcès. Cette éventualité se rencontre plutôt dans les salpingites aiguës.

Dans les salpingites chroniques à situation basse il est plus fréquent de trouver soit des adhérences de pelvi-péritonite récente en voie de guérison, comme

dans l'Observation V, soit plusieurs petites collections cloisonnées à des profondeurs variables, comme dans les Observations II et IX.

Lésions de l'ovaire. — L'état de l'ovaire est presque toujours modifié, mais d'une façon inégale. Il n'existe aucune règle, aucun parallélisme entre les altérations de deux organes. On peut trouver une trompe profondément modifiée à côté d'un ovaire scléro-kystique, comme un ovaire à lésions profondes à côté d'une trompe à lésions minimales. « Mais en règle générale, dit Delbet, les lésions de la trompe sont dominantes; elles prennent le pas sur les lésions ovariennes qui apparaissent comme de moindre importance et secondaires ».

Dans les salpingites qui nous intéressent, on peut rencontrer un ovaire à lésion chronique, le plus souvent scléro-kystique; d'autres fois il est complètement sain, ou à peine augmenté de volume. Enfin il peut présenter des lésions profondes et contenir du pus, comme dans l'Observation III. Chez cette malade, les lésions ovariennes étaient inégales. Tandis que l'ovaire gauche était énorme, rempli de pus, le droit était à peine augmenté de volume et scléro-kystique.

Il suit toujours la trompe et tombe avec elle dans le Douglas, où il est fixé par des adhérences; là il est plaqué contre la face postérieure de l'utérus et coiffé par le conduit tubaire.

Lésions concomitantes de l'utérus. — Etant donné que les salpingites basses sont presque toujours d'origine blennorragique, il est tout naturel que l'utérus

présente des modifications dans sa structure et dans sa position.

La métrite est de règle dans cette affection et les pertes blanches constatées chez les malades démontrent l'infection de la muqueuse utérine. Son volume peut varier, et on trouve parfois un corps légèrement gros, dur ou mou, et un col fermé ou entr'ouvert et ramolli de métrite.

Mais ce qui nous importe particulièrement est sa situation. Les changements de position de l'organe influencent pour beaucoup certains symptômes importants de l'affection et en exagèrent d'autres.

L'utérus est très mobile, oscillant très facilement d'arrière en avant et d'avant en arrière. Il obéit aux impulsions données par le rectum, par la vessie et par la masse intestinale. Donc à l'état normal, sa situation est très variable; néanmoins on peut dire que son axe est le même que celui de l'excavation pelvienne, c'est-à-dire se dirige de l'ombilic au coccyx.

Cette position normale se rencontre quelquefois dans les salpingites basses. Le plus souvent il dévie en arrière, soit en bloc, soit en partie; il se trouve ainsi soit en rétroflexion, soit en rétroversion.

La rétroflexion est plutôt rare. Nous ne l'avons rencontrée qu'une fois, dans l'Observation XI. L'isthme et le corps de l'organe dévient en arrière, le col restant à sa place. Les annexes sont ainsi prises comme dans une tenaille, dont la branche supérieure est représentée par le corps utérin rétrofléchi et la branche inférieure par le sacrum.

Plus souvent cette déviation est une rétroversion.

L'organe alourdi, modifié, arrive à vaincre la résistance des ligaments. Il bascule complètement sur son axe, le col s'élève, remonte vers la symphyse, tandis que le corps descend au fond de l'excavation pelvienne. Les annexes, augmentées de volume, interviennent activement dans cette chute et leur poids plus considérable, favorise cette tendance de l'utérus aux déplacements. La version en arrière est ici secondaire au prolapsus des annexes et c'est sur elles que le fond utérin vient peser. Bientôt la matrice est immobilisée par des adhérences, retenue solidement à cette place, et forme la paroi supérieure de cette loge, dont le fond est représenté par le Douglas et l'extrémité inférieure du sacrum et dans laquelle les annexes sont emprisonnées. Dans les Observations V, VI, VII, VIII et X, l'utérus se trouvait en rétroversion de premier et de deuxième degrés.

Nous avons rencontré deux fois l'utérus en situation normale (Obs. III et IV) et quatre fois en position intermédiaire (Obs. I, IX, XII et XIV).

Pathogénie de la situation basse. — Si on consulte les auteurs classiques sur le siège habituel des salpingites, on voit que tous sont d'accord pour dire qu'elles ont comme lieu d'élection le cul-de-sac postérieur, c'est-à-dire la partie la plus déclive de l'excavation pelvienne. C'est la réalisation de la loi de pesanteur qui veut que tous les objets d'un certain poids, dépourvus de moyens de fixation, cheminent vers la partie la plus basse, jusqu'à ce qu'ils soient arrêtés par un obstacle.

Cette comparaison est en partie justifiée pour le conduit tubaire, qui ne possède pas de moyens de fixa-

tion, ni des ligaments suffisamment puissants qui puissent l'immobiliser à sa position normale.

La partie de la trompe voisine du pavillon, celle qui se dilate, flotte à l'état normal derrière l'ovaire et le ligament large, et suit les différents déplacements et les mouvements qui surviennent pendant la marche, la course ou les changements de position de la femme.

Quand l'infection survient, cette partie mobile devient le siège principal des lésions et se dilate progressivement en augmentant de volume et de poids. Peu à peu les franges tubaires disparaissent en s'agglutinant et si à ce moment la trompe n'est pas maintenue dans une position déterminée par des adhérences, c'est tout naturellement dans le Douglas que son propre poids la fait prolaber.

Alors la partie inférieure de celle-ci vient s'appliquer sur le cul-de-sac postérieur en le déprimant, tandis que sa partie supérieure, suivant le volume de la tumeur et suivant la situation de l'utérus, s'adosse contre le fond utérin ou le dépasse et remonte plus ou moins haut dans l'abdomen.

Le ligament tubo-ovarien attachant intimement la trompe à l'ovaire entraîne avec lui ce dernier et toute la masse annexielle se trouve définitivement en prolapsus.

Alors le produit de la péritonite adhésive apparaît, les adhérences se forment, tissent autour des annexes un réticulum fibreux épais, souvent inextricable, et celles-ci se trouvent finalement immobilisées, coincées entre l'utérus d'une part, le rectum et le sacrum de l'autre.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Les salpingites, en général, présentent deux modes de début. Début brusque et début insidieux. Nous ne ferons pas mention des symptômes aigus qui se rapportent plutôt aux lésions tubaires d'origine puerpérale.

Formes chroniques. — Dans les infections blennorragiques, cause presque constante des salpingites basses, le début est insidieux et l'état chronique se pose d'emblée.

Avant toute manifestation du côté du système sensitif, la malade constate en général des pertes blanches, empesant le linge, souvent très abondantes et parfois jaunâtres. En même temps les règles deviennent irrégulières dans leur forme et dans leur durée.

Puis, tout d'un coup, la première poussée douloureuse éclate, qui peut être brusque, intense, accompagnée de manifestations du côté du tube digestif, mais habituellement la température reste normale et cette poussée est de courte durée.

Dans nos observations, nous avons rencontré quatre fois un début avec de la fièvre (VII, IX, X et XII) ; deux fois il s'accompagnait de vomissements (II et X). Enfin

dans l'Observation XIII, le début était tellement insidieux que la malade n'avait jusque-là rien présenté et n'a commencé à souffrir qu'après un coït vigoureux. Mais déjà avant, elle se plaignait de pertes blanches et a été opérée d'une bartholonite.

Après une série de poussées plus ou moins intenses et espacées, dans l'intervalle desquelles la malade continue à éprouver des sensations vagues dans le bas-ventre et une légère douleur bien compensée, choses qui ne l'empêchent pas de travailler ou de se mouvoir, il arrive un moment où son état général devient mauvais l'obligeant de s'aliter. Sous l'influence d'une secousse, d'une fatigue, d'un effort, ou même sans cause déterminée, ces symptômes jusque-là bien tolérés, redoublent d'intensité, les douleurs augmentent et des phénomènes de pelvi-péritonite apparaissent, attribués par Lawson-Tait à la chute de quelques gouttes de pus dans le péritoine.

A la longue, il y a de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, de la langueur; la néurasthénie génitale se développe. Les malades deviennent de véritables infirmes, subissant une série de poussées péritonitiques.

Les symptômes caractéristiques de la salpingite basse sont révélés par l'interrogatoire de la malade et surtout par l'examen génital.

Douleurs. — C'est la caractéristique des salpingites à situation basse. Certes on les observe dans toutes les inflammations de l'appareil utéro-annexiel, dans toutes les salpingo-ovarites, mais leur forme, leur intensité et leur constance sont ici plus nettes et plus marquées.

Toutes ces malades disent que les phénomènes douloureux sont très pénibles, tenaces; rien ne les soulage, souvent, même pas le decubitus horizontal, qui les calme d'habitude dans les autres salpingites. Elles ne sont plus ici intermittentes, mais siègent en permanence dans le bas-ventre, constamment réveillées par le moindre mouvement ou par les changements de position.

La marche, les efforts ne sont plus possibles, ainsi que les voyages et les secousses. Elles sont exacerbées et atteignent parfois une telle intensité que l'on peut les comparer à ces douleurs excruciantes des grandes névralgies pelviennes.

Ces phénomènes douloureux augmentent encore pendant le coït et au cours des injections vaginales, car leur siège principal se trouve dans le Douglas (Obs.XIII).

La malade accuse en même temps une pesanteur désagréable et douloureuse dans le rectum qui est due, comme nous le verrons plus bas, à un certain degré d'irritation de ce dernier.

Phénomènes à distance. — Ce sont des irradiations douloureuses, des troubles digestifs et nerveux réflexes.

Certaines malades ont de la cystalgie, de la rectalgie, généralement elles souffrent des reins; les douleurs lombaires sont violentes, persistantes, sourdes, ne s'amendant que dans le decubitus dorsal. Les irradiations du côté du sacrum, de la hanche et du coccyx sont très pénibles et descendent jusque dans les cuisses.

Les troubles digestifs peuvent être variables. Tantôt il y a de la constipation, des douleurs épigastriques, de l'inappétence. Les malades se plaignent de bouffées de

chaleur, de pyrosis, de la céphalalgie, de renvois acides. D'autres fois on observe une entérite muco-membraneuse, liée à la constipation ou à l'infection utérine, que Nonat a appelé rectite glaireuse (Obs. X). Rarement il y a des vomissements alimentaires ou bilieux.

Les troubles nerveux consistent en une irritabilité et un changement du caractère. Les malades deviennent à la longue maussades, perdent leur gaieté et sont constamment préoccupées de l'état de leur santé. L'insomnie s'installe peu à peu, les idées noires envahissent leur esprit et elles deviennent des neurasthéniques génitales. Tout le système nerveux prend part à cet affaiblissement général et est plus impressionnable.

Dans l'Observation XIV, la malade présentait des tremblements nerveux sur tout le corps, mais principalement au niveau des doigts.

Résultats du toucher vaginal. — Il nous permet d'explorer les culs-de-sac vaginaux et de déterminer la nature et la situation de la salpingite basse. On le combine au palper abdominal, mais dans ces situations la main abdominale fournit peu de renseignements et sert uniquement à palper l'utérus, si celui-ci est en position normale, ou à délimiter une tumeur salpingienne haute, dans le cas d'une salpingite bilatérale à situation variable. Elle renseigne encore sur la souplesse de l'abdomen et sur l'existence d'un empâtement profond.

C'est donc du doigt vaginal que nous devons puiser tous les renseignements pour formuler le diagnostic. Mais il faut aller lentement et prendre des précautions

si on veut sentir quelque chose, car les douleurs sont tellement vives dès que le doigt heurte le cul-de-sac postérieur, que la malade se refuse à un examen approfondi. Parfois il y a du vaginisme, comme dans l'Observation X, et l'introduction profonde du doigt est difficile. Nous avons rencontré une seule fois de la vaginite granuleuse dans l'Observation XIII. Dans ce cas il devenait impossible de sentir le fond douglassien, les douleurs devenant insupportables.

Tout d'abord on cherche à déterminer la position de l'utérus. Il se peut que celui-ci soit en position normale ou intermédiaire, mais le plus souvent on le trouve rétroversé par suite de la traction que les trompes prolabées dans le Douglas exercent sur lui. Alors on sent en avant, vers la hauteur de la symphyse le col, parfois normal, fermé, ou mou et entr'ouvert. Le fond est basculé en arrière et immobilisé par des adhérences plus ou moins solides; si on cherche à le mobiliser, on provoque une exacerbation des douleurs.

Après avoir exploré l'utérus, on cherche à déterminer la forme et la situation exacte de la masse tubaire.

On remarque tout d'abord que les culs-de-sac vaginaux sont inégalement distendus et que le Douglas est très sensible et douloureux. Il paraît avoir augmenté de surface et est occupé par une masse plus ou moins arrondie, dure, à peine rénitente et le plus souvent immobilisée. Cette masse est franchement médiane ou empiète sur l'un des deux culs-de-sac latéraux, suivant qu'il s'agit de la trompe droite ou gauche.

Quand la trompe n'est pas très distendue, c'est-à-dire quand il s'agit d'une salpingite chronique parenchy-

mateuse, sans suppuration, on sent dans le Douglas un cordon noueux, bosselé, du volume d'un crayon à un doigt, s'enroulant autour d'un corps arrondi qui est l'ovaire. La palpation de ce cordon est douloureuse et laisse parfois sentir l'existence des petites nodosités, propres aux salpingites tuberculeuses. Si le fond utérin n'est pas prolabé, on peut, malgré les douleurs déterminées, mobiliser cette masse. Si elle reste immobile, on est en droit de penser à l'existence d'adhérences solides.

Plus souvent c'est une véritable tumeur que l'on sent dans le cul-de-sac postérieur. Elle a une forme plus ou moins arrondie et son volume varie en moyenne d'une noix à une orange. Elle est séparée de l'utérus par un sillon quelquefois difficile à sentir et l'ovaire est complètement masqué. Malgré sa forme et son contenu, cette tumeur ne donne pas de fluctuation, sauf quand il s'agit d'un hydrosalpinx (Obs. XI) ; elle est plutôt dure, même pas rénitente et cela à cause de la tension du liquide dans son intérieur.

Selon l'existence ou non d'adhérences et selon la position de l'utérus, cette tumeur est mobile ou complètement adhérente au fond du Douglas et à la face postérieure de la matrice. Mais le plus souvent le doigt essayé en vain de lui imprimer des petits mouvements et n'aboutit qu'à augmenter les douleurs.

Quand il s'agit d'une salpingite bilatérale, on peut sentir une trompe dans le Douglas et l'autre dans un cul-de-sac latéral. Parfois toutes les deux sont dans le Douglas ; alors celui-ci paraît considérablement plus volumineux et les douleurs sont plus exagérées. Dans

cette position les trompes peuvent être superposées, comme dans les Observations XI et XII où sur le même plan et séparées par un sillon nettement perceptible par le toucher, comme dans l'Observation XIV.

Mais ce qui frappe le plus souvent l'observateur, c'est le défaut de parallélisme entre le volume des trompes et l'intensité des phénomènes douloureux. Parfois les lésions tubaires sont en raison inverse de cette intensité. On peut trouver au toucher dans le Douglas une trompe à peine augmentée de volume et une sensibilité extrême de celle-ci et du fond douglassien. On peut aussi rencontrer chez la même malade une salpingo-ovarite double à situation variable et à sensibilité différente.

En effet il arrive parfois que les deux mains exploratrices trouvent les conduits tubaires différemment situés. Tandis que la main abdominale palpe et délimite une grosse salpingite à situation haute ou intermédiaire, très peu douloureuse, le doigt vaginal constate la présence d'une trompe, souvent légèrement augmentée de volume dans le Douglas et excessivement douloureuse. Elle est sentie adhérente à son fond, immobilisée, plaquée contre le sacrum et le rectum et recouverte par l'utérus. Ce dernier organe est déplacé horizontalement, de sorte que sa corne supérieure regarde la salpingite haute et sa corne inférieure appuie sur la salpingite basse.

En présence d'une pareille éventualité, on doit penser que la tumeur la plus volumineuse est la plus douloureuse et que la malade souffre davantage du côté où la salpingite est en situation élevée.

Mais il n'en est pas ainsi et tout notre travail repose sur ce phénomène paradoxal qui, de prime abord, pour-

rait paraître tendancieux. Le défaut de parallélisme énoncé plus haut repose sur cette situation basse des salpingites, situation anatomo-pathologique qui imprime une allure clinique spéciale aux phénomènes douloureux.

La malade porteuse d'une salpingite élevée et d'une salpingite basse souffre surtout du côté où la trompe est en prolapsus, quelquefois elle accuse des douleurs uniquement de ce côté, qui s'irradient dans les lombes, dans le sacrum et le rectum et dans la cuisse correspondante.

Les Observations IV, VII, VIII et X sont très nettes à ce sujet. Une fois la trompe était en situation intermédiaire et trois fois franchement haute. Les malades ne souffraient pas du côté où se trouvait la trompe haute ou très peu. Les lésions étaient bien plus marquées et plus profondes dans celles-ci que dans les trompes basses qui provoquaient la presque totalité de phénomènes douloureux et qui, moins altérées, ont pu être conservées comme dans les Observations IV et VII.

Dans les salpingites basses bilatérales, c'était encore les trompes qui plongeaient franchement dans le Douglas et qui étaient les plus douloureuses (Obs. V, VI, XI, XII et XIII).

Nous croyons que ces preuves sont suffisantes pour démontrer ce défaut de parallélisme dans les salpingites basses. Nous tâcherons maintenant d'expliquer la genèse des douleurs, caractéristique essentielle de ces lésions. Mais avant d'aborder le chapitre suivant, nous dirons quelques mots sur le toucher rectal que nous avons souvent vu pratiquer par notre Maître M. Villard.

Toucher rectal. — Il est très révélateur et en le combinant au palper abdominal il donne des renseignements très précis. Quand il y a salpingo-ovarite basse, on sent une masse douloureuse qui bombe souvent dans le rectum, mais qui s'étend plus ou moins latéralement et qu'il ne faut pas confondre avec l'utérus en rétroflexion, qui est franchement médian et présente une crête médiane (Le Dentu).

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE DES DOULEURS

Comme nous venons de le voir, le symptôme le plus constant et le plus caractéristique des salpingites basses est la douleur. C'est à cause d'elle seule que les malades se décident à une opération, c'est à elle que ces malheureuses doivent tous les autres symptômes, les troubles digestifs, l'inappétence, l'amaigrissement et les troubles nerveux, qui les rendent à la longue des véritables infirmes et des neurasthéniques.

Les causes qui produisent ces phénomènes douloureux peuvent être classées dans les quatre catégories suivantes : 1° Sensibilité spéciale du Douglas; 2° Pincement des trompes et des ovaires; 3° Sensibilité des ligaments utéro-sacrés; 4° Lésions concomitantes.

1° *Sensibilité spéciale du Douglas.* — C'est la cause la plus importante et la plus réelle. Elle est propre au cul-de-sac postérieur et sa genèse est due au voisinage des deux plexus, le plexus sacré et le plexus hypogastrique.

Le plexus sacré est formé, en grande partie, de nerfs sensitifs, dont le troisième nerf lombaire et la branche ascendante du quatrième donnent naissance à des ra-

meaux qui, se portant en avant et sur les parties latérales du rectum et du bas-fond de la vessie, se réunissent avec de nombreux rameaux nés du sympathique pour constituer le plexus hypogastrique.

Cette disposition anatomique du Douglas explique sa sensibilité, qui est exagérée dans le cas d'inflammation du péritoine qui le tapisse. Etant obligé de se distendre pour recevoir la trompe prolabée, celle-ci exerce une pression assez forte sur les nerfs voisins du plexus qui réagissent à l'excitation par des phénomènes sensitifs douloureux.

On peut ainsi expliquer les irradiations constantes de ces douleurs dans les salpingites basses qui se transmettent par les nerfs des plexus à l'épigastre, aux lombes, au sacrum et au rectum, parfois à la vessie, et qui descendent dans la cuisse en suivant le nerf grand sciatique, branche terminale du plexus sacré.

Mais il existe encore une autre origine de cette sensibilité propre du Douglas, origine obscure et dont on ne connaît pas la pathogénie. Cette sensibilité lui est parfaitement propre et ne s'émousse pas pendant l'anesthésie générale. Tandis que toutes les autres parties du corps restent insensibles à la douleur quand la malade est endormie, le cul-de-sac postérieur continue à recevoir les excitations venues de l'extérieur et réagit à ces dernières. Il est curieux de constater que les malades poussent une plainte étouffée quand le doigt du chirurgien pénètre dans le Douglas, quoiqu'elles soient parfaitement anesthésiées et ne réagissent plus, même aux temps de l'opération les plus douloureux. Albertin a appelé ce phénomène : *le cri du Douglas*.

2° *Pincement des trompes et des ovaires.* — Les annexes sont par elles-mêmes très sensibles et les filets nerveux qui les entourent et qui pénètrent dans leur intérieur rendent cette sensibilité exquise.

Il est donc tout naturel qu'elles deviennent douloureuses et qu'elles donnent naissance à des sensations pénibles quand la trompe et l'ovaire se trouvent coincés entre l'utérus rétrodévié et le sacrum et le rectum. Plus cette pression est grande et plus douloureux sont les symptômes accusés par les malades.

Ils sont exagérés à l'occasion de la marche, des secousses, parce que l'utérus vient butter à chaque mouvement contre les annexes. La distension rectale joue aussi un grand rôle. Souvent les malades sont constipées. L'ampoule rectale se distend dans ce cas, parfois elle est remplie de scyballes et son volume augmente considérablement. Ne pouvant se distendre du côté du sacrum, elle bombe en avant et presse les annexes prolabées contre l'utérus rétrodévié.

3° *Sensibilité des ligaments utéro-sacrés.* — Ils sont constitués par deux replis péritonéaux interceptant entre eux des faisceaux de fibres musculaires lisses et des filets nerveux sensitifs. Ils forment les ligaments postérieurs de l'utérus et vont du col s'insérer à la première ou à la deuxième vertèbre sacrée. Leur bord interne libre embrasse le rectum et constitue les replis supérieurs du cul-de-sac de Douglas.

Par suite de l'existence dans leur épaisseur de filets nerveux, ces ligaments ont une sensibilité propre et leur irritation ou leur compression provoquent des dou-

leurs que l'on observe dans les salpingites basses, comme dans la rétroversion utérine.

En effet, quand le Douglas est occupé et distendu par des masses annexielles, les ligaments utéro-sacrés sont tirillés et plus fortement encore quand le fond utérin se trouve plaqué contre la salpingite. Alors cette sensibilité est mise en jeu et des phénomènes douloureux apparaissent qui s'ajoutent aux précédents et les exagèrent.

4° *Lésions concomitantes.* — Elles peuvent être : une rétroversion utérine et des adhérences intestinales ou épiploïques.

La rétroversion utérine est par elle-même douloureuse. Le tiraillement que cette position imprime sur les ligaments larges et ronds provoque des symptômes douloureux, explicables par la traction et l'irritation des nerfs cheminant dans leur couche moyenne. Le fond de l'organe est aussi sensible, ainsi que le corps et la métrite chronique est certainement un grand facteur des douleurs ressenties.

Enfin, parmi les symptômes de cet ordre qui existent chez la femme atteinte de salpingite basse, il en est qui sont manifestement liés à l'existence d'adhérences qui peuvent, soit par des tiraillements incessants, soit par des désordres apportés au fonctionnement de l'organe intéressé, provoquer des troubles assez intenses.

Les adhérences intestinales peuvent, soit qu'elles intéressent le côlon, soit plus spécialement le grêle, déterminer des phénomènes douloureux, des coliques, par gêne du transit intestinal. Quand elles tiennent

solidement fixées une anse grêle ou l'S iliaque dans le Douglas, la striction qui s'opère au niveau du coude intestinal est très douloureuse à cause de la compression et de l'irritation des nerfs sensibles de l'intestin.

Les adhérences peuvent parfois siéger sur l'épiploon, et les tiraillements exercés sur lui pendant la marche ou les mouvements irritent les nerfs splanchniques qui répondent par des douleurs sourdes et profondes.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Deux problèmes se posent dans le diagnostic des salpingites basses. Il faut d'abord différencier la salpingite d'une autre lésion occupant le Douglas et ensuite se prononcer sur la nature de la tumeur annexielle.

De ces deux problèmes, le premier est le plus important, car c'est lui qui fixera la conduite du chirurgien. Quant à la nature de la tumeur tubaire, son appréciation exacte est moins grosse de conséquences au point de vue thérapeutique.

Lésions occupant le Douglas.

1° *Fond utérin prolabé.* — C'est le cas le plus fréquent et qui peut facilement induire en erreur. Un toucher vaginal attentif combiné au palper abdominal est nécessaire pour faire le diagnostic. On ne doit pas se fier uniquement à la douleur provoquée par le doigt vaginal, car le fond utérin est parfois très sensible. On ne doit pas non plus trop se baser sur le sillon qu'on sent entre la tumeur et le col.

Le seul signe vraiment révélateur est la recherche du corps utérin par le palper abdominal combiné au toucher. On se rend ainsi compte si cet organe est ou n'est

pas à sa place. La situation du col utérin a son importance à ce point de vue. De plus, les lésions tubaires étant, dans la majorité des cas, bilatérales, il est rare qu'on ne trouve pas dans un cul-de-sac latéral un prolongement de la tumeur siégeant dans le Douglas.

Exceptionnellement, on pourrait avoir recours à l'hystérométrie pour préciser la situation de l'utérus.

La possibilité de réduire l'utérus rétroversé entraînera évidemment le diagnostic.

Lorsque le fond est adhérent et immobile, intimement accolé contre la face antérieure du rectum, le toucher rectal aidera au diagnostic. Il révèle une tumeur arrondie, bombant dans l'ampoule et médiane. Quelquefois on peut sentir la crête signalée par Le Dentu, qui est médiane et propre à l'utérus. Cette crête n'existe pas dans la tumeur salpingienne plaquée contre le rectum, et d'ailleurs celle-ci est plus latérale que médiane.

2° *Simple ovaire prolabé.* — Dans le prolapsus ovarien il n'y a pas de passé génital et la douleur est toute spéciale. Elle est, *sui generis*, provoquée par l'exploration vaginale; la douleur dans la salpingite basse est au contraire plus sourde, permanente; de plus elle s'irradie dans les lombes et surtout dans les cuisses.

Au toucher, on sent, à droite ou à gauche de l'utérus, une petite masse roulant sous le doigt, régulière, arrondie et d'une sensibilité exquise. Elle est tout à fait différente de la masse salpingienne qui est irrégulière, bosselée, plus volumineuse, empiétant le plus souvent sur un cul-de-sac latéral et en général adhérente et immobilisée dans le Douglas.

3° *Kystes de l'ovaire*. — Le diagnostic est peut-être ici plus facile. Quand il y a un kyste ovarique dans le Douglas, on sent une tumeur dure, élastique, régulière et chose très importante, complètement indolore ou à peine sensible, sauf pour le kyste dermoïde.

Cette tumeur est mobile, complètement indépendante de l'utérus et peut être saisie entre les doigts au moyen du toucher combiné au palper, si la paroi abdominale est souple.

On pourrait se demander si cette masse indépendante de l'utérus n'appartient pas à la trompe. Sa mobilité, ses limites précises, sa forme et surtout son immobilité, contrastent avec l'immobilité relative de la tumeur tubaire prolabée, à l'empâtement péri-annexiel, à sa forme diffuse, à sa consistance dure mais non élastique et à l'existence des douleurs constantés et provoquées.

Le kyste dermoïde est plus difficile à différencier. Il est douloureux, ce qui le rapproche davantage de la salpingite basse; il est fréquemment postérieur, mais le plus souvent unilatéral, plus régulièrement arrondi que la salpingite.

On ne peut pas trop se baser sur l'âge de la malade qui peut être très variable, ni sur la consistance pâteuse du kyste, d'appréciation difficile. L'unilatéralité de la lésion, toutes choses égales d'ailleurs, est en faveur de ce dernier.

La forme de la salpingite basse, la plus difficile à différencier d'un kyste de l'ovaire prolabé dans le Douglas, est sans conteste l'hydrosalpinx. Quelquefois ce diagnostic devient impossible et on n'est fixé qu'au cours de l'intervention. On se base, en général, sur la

bilatéralité des lésions, dans l'hydrosalpinx, sur son volume qui est plus petit que celui d'un kyste et sur sa forme qui est plus irrégulière et bosselée, tandis que le kyste est arrondi et mieux délimité.

4° *Foyer de péritonite enkystée.* — L'abcès simple du Douglas sans annexité concomitante peut se voir. Le diagnostic est très important à préciser en raison des conséquences thérapeutiques qui en découlent.

Les symptômes subjectifs se rapprochent de ceux de la salpingite. La douleur est vive, intolérable et ne peut pas nous renseigner sur la nature de la lésion. Seul le toucher permet de faire le diagnostic qui serait facile dans le cas de collection se présentant sous la forme d'une masse chaude, fluctuante, bombant dans le Douglas. Mais c'est là l'exception. En pratique, le plus souvent, la fluctuation n'est pas appréciable. On sent une masse diffuse, derrière un utérus immobilisé par des adhérences.

Alors il faut penser au passé génital de la malade, savoir s'il y a eu d'autres poussées douloureuses, insister sur l'interrogatoire et sur l'examen local et surtout tenir compte de la température et de l'état général.

5° *Appendicite pelvienne.* — C'est une maladie qui peut être confondue avec l'annexite basse. Mais cette éventualité est assez rare, car l'appendice cæcal descendant ne se rencontre pas fréquemment.

Ce diagnostic est bien malaisé; les éléments sont : le mode du début de l'affection, la température, les renseignements fournis par le toucher combiné au palper, le passé génital de la malade et son aspect général.

Tout d'abord l'intégrité antérieure de l'appareil génital est en faveur de l'appendicite. La douleur est intermittente, paroxystique dans la salpingite, tandis qu'elle est plus sourde, continue dans l'appendicite.

Le début de la crise appendiculaire est brusque, solennel, en coup de poignard ; il n'est précédé, le plus souvent, d'aucun prodrome. Dans la salpingite, au contraire, il existe presque toujours une phase de métrite avant les grandes douleurs et des manifestations moins violentes, sorte de phénomènes avant-coureurs.

On ne peut pas avoir recours au point douloureux de Mac Burney, car l'appendice cæcal est déplacé et se trouve profondément caché dans le petit bassin.

La défense musculaire est assez bien délimitée à droite; dans la salpingite il y a contracture de toute la paroi abdominale, surtout au-dessous de l'ombilic.

Enfin il faut consulter l'hyperthermie habituelle de l'appendicite, noter les vomissements, la fréquence et la tonicité du pouls, sa dissociation avec la température observée dans les appendicites graves, le ballonnement du ventre, etc., etc. En un mot, l'allure aiguë de l'appendicite et la réaction péritonéale qu'elle détermine seront des éléments importants du diagnostic.

Enfin la situation de l'utérus est, en général, normale dans l'appendicite pelvienne, en déviation en arrière dans les salpingites basses.

En résumé, d'après les signes locaux et généraux de deux affections, on peut dire : tuméfaction diffuse du Douglas, empâtement remontant plus ou moins haut à droite, utérus en situation normale, unilatéralité des lésions, fièvre, vomissements, état général précaire,

signes de l'appendicite pelvienne. Par contre, sensibilité exquise du Douglas, douleurs irradiées, tumeur plus ou moins volumineuse, bosselée, noueuse, prolabée dans le Douglas, se prolongeant dans un cul-de-sac latéral, souvent adhérente, bilatéralité des lésions, utérus en rétroversion fréquente, pas de fièvre ni de vomissements, état général bon, signes d'annexite basse.

Nature de la tumeur salpingienne.

Est-ce un pyosalpinx, un hydrosalpinx, une trompe tuberculeuse, une salpingite parenchymateuse ou un ovaire scléro-kystique? Voici les questions que l'on peut se poser, une fois qu'on a diagnostiqué la présence des annexes dans le Douglas.

Une tumeur pas trop douloureuse, mobile, franchement fluctuante, à parois minces, de volume moyen, correspond généralement à l'hydrosalpinx.

Le pyosalpinx est plus adhérent, sa paroi épaisse ne donnant pas de fluctuation. Il forme une tumeur plus bosselée, plus dure et à peine rénitente. Quelquefois l'élément fièvre est un signe en faveur du pyosalpinx, mais elle n'est pas constante.

La salpingite tuberculeuse est fréquente, mais ne se révèle par aucun signe particulier, sauf peut-être par la présence de nodosités que l'on sent quelquefois en palpant la trompe à travers le fond douglassien. Il faut prendre en considération le passé de la malade, son état génital antérieur et insister sur l'examen général et sur l'auscultation des sommets. Chez ces malades il y a

souvent d'autres localisations bacillaires, parfois un peu d'ascite.

La salpingo-ovarite parenchymateuse donne au toucher la sensation d'une tumeur dure, scléreuse, allongée comme un cordon sinueux, du volume d'un crayon à un doigt; on peut parfois sentir au milieu de ce cordon un corps arrondi, entouré par lui, l'ovaire. La palpation de cette tumeur est très douloureuse, et on se rend compte qu'elle est plus ou moins immobilisée par des adhérences.

Enfin l'ovaire scléro-kystique se décèle très difficilement. Il forme une petite tumeur ovoïde, fixée dans le Douglas et excessivement sensible. A côté de ces phénomènes douloureux la malade présente des troubles nerveux très intenses qui, parfois, font soupçonner l'existence de cette lésion.

Toutes ces tumeurs salpingiennes occupant le Douglas ont comme signe caractéristique la douleur. C'est elle qu'on rencontre partout, c'est par elle que s'exprime la distension du cul-de-sac postérieur. Elle n'est pas spécifique à ces salpingites, mais sa constance permet de caractériser la salpingite basse du nom de salpingite douloureuse.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Ce qui fait la gravité particulière des salpingites basses, en dehors des accidents évolutifs qu'elles peuvent présenter, comme toute autre forme de salpingite, c'est que, en ce qui les concerne, il s'agit de lésions définitives. L'élément douleur ne s'amende pas, même en admettant la résorption complète du contenu purulent ou séro-purulent. Cela s'explique par la persistance d'adhérences postérieures indélébiles, toujours douloureuses.

Les malheureuses malades continuent à souffrir. Tout leur est pénible, la station debout, la marche, le travail, les efforts. Elles deviennent des estropiées définitives et ces douleurs continuelles les rendent irritables et souvent neurasthéniques. Les troubles digestifs et nerveux s'installent peu à peu, leur état général devient précaire et seule une intervention chirurgicale appropriée les guérit.

Certes on obtient une certaine amélioration des phénomènes douloureux par des petits moyens, comme l'introduction des tampons au fond du vagin. Mais ce ne sont que des palliatifs, soulageant momentanément la

malade en immobilisant l'utérus et en élargissant et en refoulant le Douglas. De ce fait la trompe prolabée se trouve moins serrée et dégagée.

Mais la récurrence est constante; les douleurs réapparaissent et les malades se lassent de suivre un traitement qui d'abord est douloureux et qui en somme ne les débarrasse pas définitivement de leur calvaire.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Avant d'aborder ce chapitre, préoccupation principale du chirurgien qui veut débarrasser pour toujours les malades de leur douleur, nous ferons une analyse sommaire de nos 15 observations, qui nous permettra d'insister sur la nécessité absolue d'une intervention chirurgicale par laparotomie.

Dans les salpingites basses, les lésions^{es} sont douloureuses par leur situation et non par leur étendue. Cette situation imprime à la maladie une allure clinique spéciale et on constate souvent un défaut de parallélisme entre les lésions des trompes et les symptômes sensitifs accusés par les malades.

Comme on le voit dans nos observations, le seul motif qui a amené les malades à voir un chirurgien, ce sont les douleurs pénibles ressenties de vieille date.

Celles-ci étaient généralisées dans tout le bas-ventre, mais plus fortes du côté correspondant à la trompe franchement prolabée dans le Douglas (Obs. III, VI, IX et XV); elles n'intéressaient qu'un seul côté, s'irradiant dans la cuisse, l'autre côté restant indolore (Obs. I, II, IV, V, VII, VIII, X, XI, XII, XIII et XIV).

En ce qui concerne les lésions anatomiques, trois fois

il y a eu défaut de parallélisme entre les lésions et les phénomènes douloureux; les trompes prolabées dans le Douglas, plus douloureuses mais moins altérées, ont été seules conservées (I, VII et XI). Trois fois ce parallélisme a existé et les trompes basses ont été sacrifiées, tandis que les trompes de l'autre côté ont été conservées (Obs. II, IV et XV). Une fois (Obs. V) on a pu conserver les trompes, étant donné que toutes deux étaient perméables. Six fois la castration totale a été nécessaire (Obs. III, VI, VIII, IX, XII, XIII. Enfin deux fois (Obs. X et XIV), les malades ont refusé toute intervention.

Comme nous venons de le voir, l'indication de thérapeutique générale est ici la douleur; c'est pour elle que le chirurgien intervient, les lésions anatomiques des trompes étant une question secondaire. Et on est plus interventionniste dans ces cas, car c'est une forme essentiellement chirurgicale, précisément parce que douloureuse.

Donc l'intervention chirurgicale est ici de rigueur. Il s'agit maintenant de choisir la voie d'accès la plus pratique et la plus utile, pour arriver sur les lésions des annexes. De ces voies il en existe deux, la colpotomie et la laparotomie.

La colpotomie, longtemps en honneur dans l'Ecole lyonnaise, à la suite de Laroyenne, est devenue actuellement une intervention d'urgence, destinée à ouvrir une collection du Douglas. Elle doit être employée dans les cas pressés ou quand il y a des symptômes de péritonite localisée, dans laquelle on est obligé, pour sauver le malade, d'évacuer le pus du bassin en faisant un drainage par le vagin.

On a employé la voie vaginale dans un but d'intervention radicale, pour enlever les annexes. Mais aujourd'hui, avec les progrès de la technique abdominale, même si on a pratiqué une colpotomie de drainage, on recourt à la laparotomie, si la persistance des accidents impose ultérieurement une intervention plus complète.

Le procédé de choix, au point de vue de la cure radicale de la lésion, est donc la laparotomie. Celle-ci peut être verticale médiane ou transversale (Pfannestiel). Elle permet de voir les lésions des annexes et celles des organes voisins (utérus, intestin, etc.), et de se rendre compte de l'oblitération ou de la perméabilité des trompes.

Selon l'étendue des lésions tubaires, on est appelé à faire une castration ou une opération conservatrice. Seul l'examen consciencieux des lésions permet de se déterminer pour l'une ou l'autre.

Après préparation d'usage, incision de l'abdomen et refoulement de la masse intestinale, on se dirige vers les trompes et on tâche de les mobiliser. Ici elles sont plus ou moins adhérentes, les manœuvres deviennent parfois difficiles et dangereuses, surtout si la trompe est distendue par du pus. Il est bon, dans ce cas, de la ponctionner et de la vider par aspiration, pour que le pus ne se répande pas dans la cavité pelvienne au cours de la décortication. Une fois les trompes mobiles, on se rend compte de leur volume, de leur altération, de leur contenu et de leur perméabilité.

Deux éventualités peuvent se présenter. La lumière tubaire est ou n'est pas oblitérée.

Trompes oblitérées. — Quand la perméabilité est nulle des deux côtés, après un essai de cathétérisme et quand les lésions sont avancées et la salpingite purulente, on pratique une castration totale, avec hystérectomie. La conservation de l'utérus sans trompes peut amener des troubles fonctionnels variés et devient la cause de persistance des douleurs. Laissé dans l'abdomen il reste enflammé et douloureux.

Quand la salpingite de petit volume et ancienne, ne présentant pas de suppuration, paraît oblitérée, on peut, au lieu de la sacrifier, essayer par un traitement approprié de la rendre perméable et la conserver.

Sa lumière ne doit pas être complètement fermée, car il devient impossible d'en refaire une nouvelle. Pour cela on incise le pavillon tubaire et on pratique le cathétérisme. Si on trouve une lumière perméable, on refait le pavillon et on l'applique à la surface de l'ovaire en le fixant.

La première intervention de cette nature a été pratiquée en Allemagne par Skutsch, en 1889, qui l'a appelée : *Salpingostomie*. Goullioud, de Lyon, a insisté plus tard sur la technique opératoire.

A la place de la salpingostomie, on peut pratiquer la *Salpingo-ovaro-syndèse* de Clado, quand le segment externe de la trompe paraît trop altéré pour être conservé.

La réfection de la trompe malade étant ainsi terminée, on la fixe au ligament infundibulo-pelvien, pour empêcher son déplacement ultérieur. Cette fixation a été réalisée par Faure, qui lui donna le nom de *Salpingopexie*.

Il existe encore d'autres procédés permettant la conservation des trompes oblitérées, mais ils sont moins

courants. Nous citerons la salpingoplastie de Vidal, la salpingo-utéro-anastomose de Walkins et l'hystérosalpingostomie de Turek.

Trompes perméables. — Quand les conduits tubaires tombés dans le Douglas sont trouvés perméables, la seule opération indiquée, après la section des adhérences, est la salpingopexie. On fixe ainsi les trompes par des fils de catgut en situation élevée, en suivant le plus souvent le procédé de Faure.

Entre deux trompes présentant des lésions d'inégale gravité, le chirurgien doit s'efforcer, et dans la mesure du possible, d'en conserver une, car tout le mérite ne consiste pas à débarrasser la malade de ses douleurs aux dépens de son activité génitale. Il ne s'agit pas de pratiquer systématiquement la castration totale, qui sans doute est plus rapide et plus facile; bien examiner, bien peser les différentes conditions, être très consciencieux, voilà les principes que chaque chirurgien doit suivre.

Il est très intéressant d'observer avec quelle rivalité et quelle attention les opérateurs cherchent à établir des statistiques personnelles d'interventions conservatrices sur les annexes.

Lésions concomitantes. — Souvent appelé à opérer pour une salpingite basse, on trouve l'utérus en rétroversion. Si on peut pratiquer une opération conservatrice, on doit penser à cette situation anormale de l'organe et remédier à cette déviation.

Pour cela on emploie l'hytépexie abdominale, qui

consiste à fixer l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen. On recourra de préférence à l'hystéropexie isthmique, préconisée par Laroyenne et reprise par Delbet, ou à l'un des nombreux procédés de ligamentopexie intra-abdominale.

Nous avons vu que les trompes peuvent contracter des adhérences solides avec le fond du Douglas et avec la masse intestinale voisine. Ces adhérences sont parfois tellement intimes et puissantes que leur libération peut provoquer des lésions intéressant la paroi du côlon ou du grêle. Le plus grand soin doit donc être apporté dans les manœuvres de libération et l'on ne refermera pas le ventre sans avoir examiné attentivement l'état de l'intestin, vérifié son intégrité et réparé les lésions qui ont pu se produire.

D'autres fois, on trouve une anse intestinale, formant un coude plus ou moins aigu, plongeant et fixée dans le Douglas. Souvent il s'agit de l'S iliaque.

Il peut en résulter des phénomènes d'obstruction qui ne doivent pas être perdus de vue par l'opérateur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Salpingite bilatérale basse.
Salpingo-ovariotomie à gauche. — Salpingopexie
à droite. — Guérison.*

Madame R..., 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 23 septembre 1910, venant d'un service de médecine, pour des douleurs abdominales.

Bonne santé antérieure. Réglée à 15 ans et depuis très irrégulièrement; très constipée dans l'enfance, a souffert à diverses reprises d'entérite. Mariée à 22 ans, pas d'enfant, ni de fausses-couches. Pertes blanches depuis l'âge de 14 ans.

Il y a 5 ans, elle entra dans le même service pour une salpingite aiguë, où elle resta pendant un mois et demi. On lui fit des injections. Elle continua à souffrir. Depuis, elle est allée trois fois aux consultations de la Charité; on lui recommanda des ovules et des injections au permanganate.

Il y a 10 jours, la malade ressentit de violentes douleurs du côté de la fosse iliaque et un médecin consulté a porté le diagnostic de salpingite droite.

La malade n'a pas de température, ne vomit pas et n'est pas constipée. Elle accuse des douleurs dans tout le bas-ventre et principalement à droite. Un peu d'amaigrissement.

Examen.: Abdomen légèrement ballonné, mais souple. La pression de la fosse iliaque droite réveille des douleurs très aiguës. Légère défense de la paroi. La douleur s'irradie très haut, jusqu'au point de Mac Burney et dans les reins. Pas

de boudin cæcal, pas d'empâtement marqué; à gauche, légère douleur à la pression.

Au toucher : Utérus en situation intermédiaire, avec annexes douloureuses, perceptibles dans le cul-de-sac latéral gauche. A droite, annexes grosses, très douloureuses, prolabées dans le Douglas:

8 septembre 1910, intervention (M. Villard). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Du côté droit, on trouve un gros ovaire tuméfié, adhérent à une trompe qui n'est pas oblitérée, précipités dans le Douglas. On pratique une salpingopexie. Du côté gauche, gros ovaire qui tient solidement à une trompe hypertrophiée et noueuse, à situation basse. Salpingo-ovariotomie gauche.

25 octobre 1910, la malade sort guérie, n'accusant plus de douleurs.

OBSERVATION II

*Salpingite bilatérale. — Adhérences de l'S iliaque.
Salpingo-ovarectomie double. — Hystérectomie sub-totale.
Guérison.*

Madame M..., 21 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 29 décembre 1910, parce qu'elle souffre du ventre.

Enfance malade, sans qu'elle puisse préciser davantage. Régulée à 13 ans et depuis régulièrement. Mariée il y a trois ans. Il y a deux ans pleurésie. Un enfant il y a 18 mois, accouchement normal. A ce moment, elle constate l'apparition de quelques pertes blanches.

Il y a un an environ, douleurs brusques dans le ventre à droite, avec vomissements, inappétence, pertes blanches abondantes. La malade est alitée depuis un mois et demi. Elle se traite par des sinapismes chauds et des injections vaginales. Mais elle continue à avoir des pertes blanches, moins abondantes, et à souffrir un peu.

Le 21 décembre, au moment de ses règles, la malade accuse brusquement une douleur violente dans le bas-ventre et toujours à droite; vomissements le premier jour et fièvre. Les pertes rouges durent un jour et demi. Les douleurs ont

persisté jusqu'à hier. Pertes blanches tachant le linge; à un certain moment, il y aurait eu un peu de cuisson à la miction. Température : 38°,1-39°. Un peu d'obscurité à la base droite. Pas d'albumine dans les urines.

Au toucher: On sent dans le Douglas une grosse masse annexielle douloureuse, très dure, très fixée, constituée par les annexes droites. A gauche, les annexes sont un peu augmentées de volume.

14 janvier 1911, intervention pratiquée par M. Villard. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On libère l'S iliaque accolé au fond utérin et l'on ouvre ainsi une à deux collections de péritonite séreuse. La trompe droite, basse dans le Douglas, est ponctionnée avec une aiguille montée sur l'aspirateur et vidée d'une certaine quantité de pus. Les annexes peuvent alors être décollées. L'utérus est amputé au niveau de l'isthme et les annexes gauches, très altérées et en situation basse, sont enlevées à l'américaine. Section longitudinale du moignon cervical et du vagin; une mèche est placée et on péritonise par-dessus d'elle au moyen de l'S iliaque.

11 février 1911, la malade sort guérie.

• OBSERVATION III

Salpingite suppurée bilatérale ♂ (?).

Hystérectomie subtotala avec drainage vaginal. — Guérison.

Madame M..., 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 12 décembre 1911, pour douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires: Père mort à 65 ans, mère morte en couches. Sept frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels: N'a jamais été malade. Ne tousse pas. Réglée à 15 ans et demi. Depuis elle n'a pas été réglée régulièrement et ses règles sont douloureuses. A eu un enfant il y a six ans, mort à 16 mois, d'érysipèle (?). Pas de fausses-couches.

Il y a quatre ans, elle a eu déjà une crise analogue à celle qui l'amène aujourd'hui. Douleurs brusques dans l'hypogastre à droite, pertes rouges; elle était restée pour cela trois semai-

nes à l'hôpital de la Charité, où on lui fit des injections. Depuis elle s'était très bien portée. Ces derniers mois, la malade a eu des menstruation un peu douloureuses et des pertes blanches empesant le linge. Elle n'a pas présenté des troubles de la miction.

Les derniers jours de novembre, la malade ressentit une crise douloureuse généralisée à tout l'abdomen. Comme les règles étaient ordinairement douloureuses, elle ne fit pas d'abord attention. Elle se mit au lit sans prendre sa température. Les jours suivants, ces douleurs continuèrent, en se localisant particulièrement au côté gauche. Les pertes de sang abondantes durèrent jusqu'au 9 décembre.

Devant la persistance des phénomènes douloureux, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen: On ne remarque rien dans la région sus-ombilicale, ni dans la fosse iliaque gauche. A droite, on a une légère défense musculaire. A la palpation hypogastrique du côté droit, on provoque une douleur profonde et au-dessus de l'arcade de Faloppe on perçoit un empatement profond, très douloureux, qui semble se continuer avec le fond utérin.

Au toucher: L'utérus est en position normale; le fond est senti un peu au-dessus de la symphyse. Dans le cul-de-sac latéral droit, on perçoit une petite masse inflammatoire douloureuse. Dans le Douglas vient bomber une masse empâtée, très douloureuse, se prolongeant dans le cul-de-sac latéral gauche, où elle a à peu près la grosseur d'une mandarine.

Poumon, cœur, normaux. Pas d'albumine. Température à l'entrée 38°,8.

10 janvier 1912, intervention (M. Villard). Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve à gauche un ovaire rempli de pus de la grosseur d'une mandarine. Les trompes sont épaisses et contiennent du pus, surtout la gauche qui plonge dans le Douglas. L'ovaire droit est kystique, rempli d'un liquide séreux. On pratique une hystérectomie subtotal avec drainage vaginal. On referme après péritonisation.

10 février 1912, la malade sort guérie.

Examen histologique pratiqué le 3 janvier 1912.

Deux fragments ont été examinés. La paroi de la trompe est épaissie, infiltrée de cellules rondes inflammatoires; il est

possible que la lésion soit tuberculeuse, mais on ne rencontre aucun follicule tuberculeux qui permette l'affirmation.

NOTE. — *Comme dans les autres observations, cette malade ne se décide à entrer à l'hôpital que devant la persistance des phénomènes douloureux. On remarque ici, que malgré la lésion bilatérale avancée ayant nécessité une castration totale, les douleurs avaient leur siège principal du même côté que la trompe prolabée dans le Douglas.*

OBSERVATION IV

Salpingite double sans distension.

Salpingostomie gauche. — Ablation des annexes droites.

Hystéropexie. — Guérison.

Madame F..., 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 7 février 1912, parce qu'elle souffre du ventre depuis deux ans.

Antécédents héréditaires: Père mort de ramollissement cérébral à 37 ans, mère morte d'affection indéterminée à 50 ans, un frère mort à la suite d'hémoptysie.

Antécédents personnels : N'a jamais été malade. Ne tousse pas, n'a jamais craché de sang. Réglée à 16 ans et depuis régulièrement jusqu'il y a deux ans. Pas d'enfant, pas de fausses-couches.

L'affection actuelle remonte à 2 ans. Elle a débuté brusquement par une douleur très vive dans le bassin et dans les reins, accompagnée de pertes rouges. A ce moment la malade se portait bien; elle n'avait présenté aucune modification du côté des règles, sauf quelques pertes blanches. Elle se plaignait uniquement des troubles digestifs consistant surtout en digestions pénibles avec sensation de lourdeur sur l'estomac et des nausées.

Depuis ce moment elle souffre toujours du ventre et surtout du côté droit; ces douleurs reviennent par crises qui durent trois à quatre heures en s'accompagnant d'écoulement sanguin sans caillots. Il y a deux mois, elle remarqua pourtant, au

moment de ses règles, des gros caillots avec des petits fragments de membrane. Au mois de juillet 1911, elle fit un séjour de 15 jours à la Charité, où on lui dit qu'il fallait une opération qu'elle refusa.

Depuis, devant la persistance de ces crises douloureuses et de ces métrorragies, elle entre à l'hôpital.

A l'examen, la malade a l'apparence un peu anémique. Rien à l'examen de l'abdomen.

Au toucher : Praticué par M. Villard, col gros, un peu douloureux et ramolli. L'utérus est en partie normal, un peu immobilisé, un peu douloureux; le fond est senti à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Annexes gauches augmentées de volume (2 noix) *en situation assez élevée* et adjacents au bord utérin. Annexes droites de volume plus petit, *en situation basse*, plus facilement senties par le doigt vaginal et douloureuses.

La malade continue à souffrir et ces douleurs sont plus marquées, plus violentes dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la cuisse droite.

22 février 1912, intervention (M. Villard). Laparotomie médiane sous-ombilicale. On arrive sur les annexes grosses enflammées, non perméables, surtout les droites, qui sont réséquées. On fait une salpingostomie du côté gauche, après résection de la partie terminale de la trompe gauche qui est retenue par des adhérences en situation haute au niveau de la partie supérieure de l'utérus. Le cathétérisme montre cette trompe perméable. L'utérus est fixé en avant, à la paroi abdominale, par deux points de fixation.

21 mars 1912, la malade part guérie.

16 décembre 1912, elle revient à l'occasion d'un accident de la dent de sagesse. L'état général est satisfaisant. Pas de douleurs locales.

22 décembre 1912, la malade revient pour des céphalalgies d'ordre médical. Du côté de l'abdomen, aucun phénomène douloureux. Règles normales.

NOTE. — *La partie intéressante de cette observation est le siège des douleurs. Les annexes droites prolabées étaient plus douloureuses que les gauches en situation haute.*

OBSERVATION V

Salpingite bilatérale.

Opération conservatrice. — Hystéropexie. — Guérison.

Mme B..., 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 4 mars 1912, parce qu'elle souffre du ventre depuis quatre mois.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants et bien portants. Une sœur bien portante, un frère mort en bas âge d'affection indéterminée.

Antécédents personnels : A eu un écoulement d'oreille dans l'enfance qui n'a presque pas cessé jusqu'aujourd'hui. Il y a 7 ans, elle a eu l'érysipèle et en même temps une bronchite qui a duré près de 6 mois. Elle en a eu une autre il y a 3 ans qui dura un mois; elle n'a jamais craché de sang.

Réglée à 16 ans, elle a été toujours réglée régulièrement; ses époques ont une tendance à retarder et surviennent parfois au bout de deux à trois mois. Présente des pertes blanches tachant le linge. Mariée à 20 ans, elle a eu un accouchement à terme; l'enfant est vivant et bien portant. Pas de fausses-couches.

L'affection actuelle remonte à quatre mois. La malade commence à ce moment à souffrir au niveau de la fosse iliaque gauche. Elle avait eu à ce moment un retard des règles d'une dizaine de jours, mais elle n'y avait donné aucune attention; les règles n'avaient rien d'anormal.

Depuis quelques jours, ces douleurs augmentent et l'empêchent de travailler, ce qui la décide d'entrer à l'hôpital.

Examen : Rien dans la région sus-ombilicale. La palpation de la fosse iliaque gauche provoque une vive contraction musculaire. Rien dans la droite.

Au toucher : Utérus en rétroversion de premier degré, fond très difficile à préciser. Col entr'ouvert avec ramollissement inflammatoire. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse inflammatoire à contour diffus se prolongeant à gauche et paraissant due à des lésions de pelvi-péritonite exsudative développée autour des annexes gauches. A droite et en arrière

on perçoit nettement les annexes distendues, formant une masse à contour arrondi, du volume d'une petite mandarine (peut-être foyer de pelvi-péritonite séreuse péri-salpingienne).

12 avril 1912, les lésions du côté droit ont considérablement diminué.

23 avril 1912, intervention (M. Villard). Laparotomie médiane sous-ombilicale. On amène un utérus qui est relevé. On aperçoit alors la trompe gauche entièrement retenue dans le Douglas, plaquée contre le sacrum et la droite, aussi en situation basse, plus volumineuse dans le cul-de-sac latéral droit. Le cul-de-sac postérieur est occupé par des adhérences de pelvi-péritonite récente en voie de guérison.

La lumière des trompes étant perméable, on fixe les annexes au niveau du hile de l'ovaire, aux parties latérales du fond utérin. Fixation de l'utérus à la paroi.

11 mai 1912, la malade sort guérie.

NOTE. — *Deux points capitaux sont ici à retenir. Le défaut de parallélisme entre la lésion et la douleur et l'utilité de la voie abdominale. Des deux trompes basses, seule était douloureuse la gauche, précisément celle qui se trouvait dans le Douglas, plaquée contre le sacrum et comprimée par l'utérus. Elle était moins volumineuse que la droite; cette dernière, grosse, ne provoquait pas de douleur.*

Grâce à la voie abdominale, l'intervention a pu être conservatrice. Si on avait employé la voie vaginale, ce résultat n'aurait pu être obtenu.

OBSERVATION VI

Salpingite bilatérale.

Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Madame C..., 21 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 10 juin 1912, pour des douleurs abdominales datant de 15 mois.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux.

Bonne santé habituelle; réglée à 14 ans et depuis réguliè-

rement. Un accouchement il y a 15 mois. Depuis, la malade souffre du bas-ventre et a beaucoup de pertes blanches. Pas de phénomènes urinaires récents, pas de constipation. La malade qui était réglée abondamment et toutes les trois semaines environ, a des pertes rouges depuis le mois de janvier; ces métrorragies sont assez régulières, ressemblant à des règles supplémentaires et ne s'accompagnant jamais de caillots.

Les douleurs abdominales ont leur maximum dans le côté droit, mais le côté gauche n'en est pas absolument indemne. Elle ressent au cours de son travail des petites crises douloureuses avec sensation de malaise qui l'obligent de s'asseoir. Pas de vomissements.

Examen : Elle présente un bon état général. La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse en certains points, l'un élevé au-dessus du point de Mac Burney, l'autre sur la ligne médiane. La fosse iliaque gauche est également un peu douloureuse. On a au palper un peu de résistance, mais pas une tuméfaction nette.

Au toucher : Pratiqué par M. Villard, le col est rapproché de la symphyse, dirigé horizontalement. Le fond utérin n'est pas nettement perceptible. Dans le Douglas on sent une grosse masse indurée qui immobilise l'utérus et semble presque le coiffer dans son ensemble; on a l'impression d'un utérus en rétroversion moyenne. Le cul-de-sac latéral droit n'est pas sensiblement douloureux, l'empâtement iliaque paraissant plus haut; mais la masse postérieure paraît se prolonger jusque dans la fosse iliaque droite; elle est en certains points très douloureuse.

Etat légèrement subfébrile.

16 juin 1912, intervention pratiquée par M. Villard. Incision médiane sous-ombilicale en position de Treidelenbourg. On arrive sur les annexes droites très altérées, globuleuses, adhérentes à l'utérus, en position basse, qu'on ponctionne et on évacue un liquide citrin.

On essaye le cathétérisme de la trompe gauche, mais en vain; on pratique alors une hystérectomie subtotal; le décollement de la masse en arrière est laborieux. Drainage par une mèche vaginale. Péritonisation. Fermeture de la paroi.

6 juillet 1912, la malade sort guérie, après des suites opératoires normales.

NOTE. — *Les phénomènes douloureux étaient plus nets et plus importants du côté où les annexes étaient tombées dans le Douglas. La trompe droite était plaquée contre le sacrum, profondément adhérente dans le cul-de-sac postérieur ; la malade souffrait principalement à droite.*

OBSERVATION VII

Annexite bilatérale. — Salpingostomie à droite, ablation totale des annexes à gauche. — Induration de l'urètre droit. — Incision et drainage de la vessie. — Guérison.

Madame M., 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 12 mai 1913, avec le diagnostic d'annexite droite.

L'interrogatoire apprend que l'affection actuelle a débuté il y a cinq mois environ. Assez brusquement la malade fut prise de céphalée et des frissons. La température monta à 39°. Puis des douleurs vagues apparurent au niveau de la fosse iliaque droite. La malade avait depuis longtemps des pertes blanches très abondantes, sans troubles dysuriques. Après ce début, une amélioration assez rapide se fit, les symptômes fonctionnels disparurent, la température tomba, mais la malade perdait l'appétit, maigrissait et ses forces diminuaient. Enfin, dernièrement, elle eut à deux reprises des crises de coliques plus douloureuses et plus violentes, avec élévation de la température à 40°.

L'examen montre que l'abdomen est souple. La palpation est douloureuse au niveau des annexes droites.

Par le toucher vaginal on trouve un utérus en rétroversion légère. Les annexes ne sont pas senties, mais on trouve à droite une masse arrondie, régulière, douloureuse, coiffant la corne utérine.

Par l'interrogatoire on ne trouve aucune affection antérieure à signaler. Mariée, deux grossesses, dont la dernière remonte

à 16 mois. Un enfant mort de méningite. Pas de fausses-couches. Régliée régulièrement tous les mois, mais généralement avec quelques jours de retard.

Température à l'entrée 37°,7. Constipation habituelle, pas de diarrhée.

26 mai 1913, au toucher, pratiqué par M. Villard, on ne perçoit pas nettement le fond utérin, qui paraît pourtant enclavé à droite et se trouver en situation horizontale. La corne droite, entourée d'une masse, plonge dans le Douglas et est très douloureuse. On ne sent pas les annexes gauches.

29 mai 1913, intervention (M. Villard). On trouve des lésions annexielles bilatérales avec adhérences étendues. *La trompe droite est profondément située dans le Douglas, la trompe gauche est en situation intermédiaire.* Toutes les deux sont oblitérées et ont un contenu séreux. On fait, à droite, une salpingostomie et à gauche on pratique l'ablation des annexes.

À droite, un gros cordon dilaté sous-péritonéal se présente, qui est l'urètre droit, et on poursuit son trajet jusqu'à la vessie. On ferme le péritoine et, après avoir refait la plus grande partie de la paroi, on ouvre extrapéritonéalement la vessie. Par l'ouverture vésicale on sent la partie terminale de l'urètre droit qui est indurée, moniliforme sur 3 centimètres environ, sans ulcération de l'abouchement vésical. Drainage de la vessie.

6 juin 1913, on enlève la sonde à demeure.

9 juin 1913, on remet la sonde à demeure; une fistule vésicale sus-pubienne était produite.

23 juillet 1913, la malade sort complètement guérie. La fistule vésicale est complètement oblitérée et l'urine passe par l'urèthre normalement.

Examen histologique : On note simplement sur le fragment de la trompe, envoyé au laboratoire de la Faculté, de l'épaississement de la paroi déjà ancien, sans tubercules. La muqueuse est très exubérante.

NOTE.— *Bien que du côté gauche, les lésions des annexes, en situation haute, fussent très avancées et aient nécessité l'ablation, les douleurs étaient minimes, tandis qu'elles étaient*

vives et intolérables à droite, où la trompe était en situation basse dans le Douglas, et dont les lésions anatomiques moindres ont permis la conservation.

OBSERVATION VIII

Salpingite double. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Madame L..., 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de

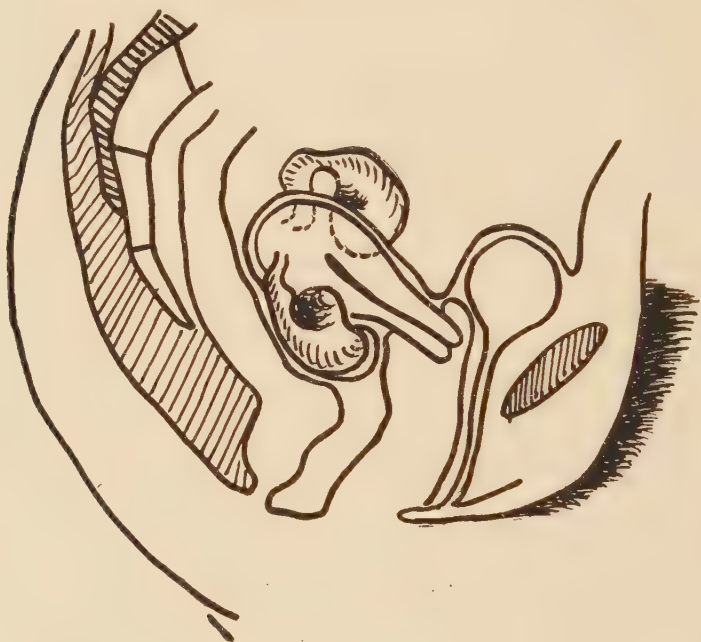


FIG. 2. Coupe sagittale schématique représentant la disposition pathologique de l'utérus et des annexes de l'obs. VIII.

M. Villard, le 18 juillet 1919, pour des douleurs dans le bas-ventre et des hémorragies utérines.

Antécédents héréditaires : Parents morts d'affection indéterminée. Un frère mort à 4 ans de méningite; un autre mort

à 6-7 mois d'affection indéterminée. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels : Fluxion de poitrine à 6 ans, suivie d'une bronchite. Réglée à 14 ans et demi, règles toujours irrégulières, pertes blanches abondantes. Mariée à 17 ans. Mari en bonne santé, a été tué à la guerre; un enfant bien portant. Après la naissance de son fils, la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre et elle reste sept mois sans que ses règles réapparaissent. Pendant cette période elle a d'abondantes pertes blanches.

1^{er} avril 1919, règles normales jusqu'au 8, sans douleurs.

15 avril 1919, nouvelles règles plus abondantes et douloureuses.

5 mai 1919, règles très douloureuses, abondantes; irradiations des douleurs dans la cuisse droite et la région lombaire. Les douleurs sont plus violentes et plus tenaces dans le côté droit du bas-ventre. La malade n'a jamais vomi.

Au toucher : Col gros, un peu entr'ouvert et mou de métrite; utérus en rétroversion; dans le cul-de-sac postérieur, et adhérente à l'utérus, on sent une masse dure, douloureuse, située du côté droit et en arrière. Le cul-de-sac latéral gauche est souple et indolore. L'utérus est très peu mobile et pas augmenté de volume.

Rien au cœur, ni aux poumons.

24 juillet 1919, intervention pratiquée par M. Villard. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On se rend compte qu'il s'agit des lésions annexielles bilatérales. Les deux trompes sont oblitérées : la droite occupe le cul-de-sac droit et la moitié droite du Douglas; elle est *en situation basse*, du volume d'un œuf de poule; à gauche, la trompe, du volume d'un œuf de pigeon, est restée *en situation élevée*, plaquée sur la face antérieure du corps utérin, qui lui-même basculé en arrière remplit le fond du cul-de-sac postérieur.

Hystérectomie subtotala par le procédé américain, en commençant à droite. Les adhérences de la trompe gauche sont difficiles à libérer et on s'aperçoit, l'utérus enlevé, qu'une pince avait saisi l'urétére droit. La pression ne paraît pas avoir compromis le conduit. Péritonisation, fermeture de la paroi.

Suites opératoires bonnes, sauf une suppuration de la paroi.

3 septembre 1919, la malade sort guérie.

NOTE. — *La trompe droite était en situation basse, profondément cachée dans le Douglas et coïncée d'une part entre l'utérus fortement rétroversé en arrière et le sacrum de l'autre. Cette disposition explique nettement les phénomènes douloureux ressentis par la malade, avec irradiation dans les lombes et dans la cuisse droite. La trompe gauche, au contraire, aussi lésée que la droite, puisqu'il a fallu faire une castration totale, ne provoquait aucune douleur par suite de sa situation élevée.*

OBSERVATION IX

Salpingite double. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Madame H., 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 10 juin 1919, parce qu'elle souffre du ventre depuis 10 ans.

Antécédents héréditaires : Mère morte à 70 ans. Deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels : Pas de maladie antérieure, mais il y a trois ans fièvre paludéenne. Elle prend facilement froid et a des douleurs dans le dos.

Réglée pour la première fois à 18 ans, ses règles n'apparaissent qu'un an après. Mariée à 18 ans, pas d'enfants. Quelque temps après son mariage, douleurs dans le ventre et le bas-ventre, avec sensation de brûlure et fièvre. Cet état aurait duré trois mois, sans vomissements, ni pertes blanches; ces accidents se seraient renouvelés tous les trois mois et demi environ, mais moins violents.

Depuis dix mois, disparition des règles et apparition de pertes jaune-verdâtre tachant le linge.

Au toucher : Col punctiforme de nullipare. Utérus petit, culs-de-sac vaginaux souples, à part le droit qui est un peu effacé; au-dessus de lui on sent plaqué contre l'isthme une

masse dure, rénitente, ayant une surface correspondant à celle de la paume de la main, douloureuse à la pression, ne donnant pas des battements. On retrouve difficilement cette masse par le palper abdominal combiné. Il montre un endolorissement de la région appendiculaire avec sensation de résistance de la paroi à ce niveau. Il n'y a pas à proprement parler de point appendiculaire.

L'exploration du squelette du bassin montre l'intégrité des symphyses sacro-iliaques. La colonne dorso-lombaire est souple et les différentes manœuvres pour chercher la rigidité de la colonne lombaire demeurent négatives. Il reste un point douloureux au niveau de la première vertèbre sacrée avec irradiation diffuse en haut, du côté de la colonne, en bas, du côté du sacrum. Il n'y a pas d'exagération des réflexes rotuliens, ni de Babinski. Pas de troubles de la marche.

La malade a maigri, a un état général précaire et l'auscultation des poumons révèle de la fibrose des sommets. Pas de toux, pas d'expectoration. Urines normales.

1^{er} juillet 1919, intervention pratiquée par M. Villard. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On constate de suite qu'il s'agit des lésions inflammatoires du petit bassin d'origine annexielle, plus marquées à droite. Les annexes sont plaquées dans une adhérence ligneuse contre la paroi du pelvis, à gauche; elles sont senties sur la face postérieure de l'utérus, où on ne les découvrira qu'à la fin de l'intervention, car elles sont recouvertes par des adhérences intestinales. Ces adhérences sont constituées d'abord par une anse grêle qui plonge dans le Douglas, adhérent, d'une façon intime, par le sommet de sa convexité, avec la face postérieure de l'isthme. Au même niveau, adhérence très solide du côlon pelvien.

Libération assez laborieuse du grêle d'abord, du côlon ensuite. Une petite collection purulente, de date ancienne certainement, est ouverte et asséchée rapidement.

Après vérification de l'anse grêle, dont le calibre paraît suffisant, on termine par une hystérectomie subtotale avec drainage pelvien, par une mèche placée dans le col préalablement incisé. Péritonisation colo-vésicale.

8 juillet 1919, on enlève le drainage vaginal.

12 août 1919, la malade sort guérie.

NOTE. — Cette disposition pathologique de l'intestin se rencontre assez souvent dans les salpingites basses. Ici l'anse grêle cloisonnait le Douglas et adhérait à l'utérus. Elle formait une sorte de couvercle fermant hermétiquement le cul-de-sac postérieur dans lequel se trouvaient les trompes. En même temps, d'autres adhérences fixaient le colon pelvien à l'utérus. Il va de soi que cette position anatomo-pathologique de la masse intestinale crée de grandes difficultés opératoires.

OBSERVATION X

(Personnelle)

*Salpingite bilatérale, à situation basse à droite,
élevée à gauche.*

Madame M., 32 ans, d'un village de la région d'Olympe, vient nous consulter le 15 septembre 1919 à Larissa, pour des troubles dyspeptiques et pour des douleurs abdominales.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Elle n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 30 ans. Réglée à 15 ans et depuis régulièrement. Mariée à 20 ans, elle a eu quatre accouchements à terme et une fausse-couche il y a deux ans. Depuis ce moment elle se plaint de pertes blanches abondantes, tachant le linge. Ses règles sont devenues irrégulières, mais pourtant elles n'ont jamais retardé plus de 15 à 20 jours.

Vers la fin du mois d'août 1917, étant aux champs, elle fut prise par des douleurs atroces dans tout le bas-ventre, avec pâleur de la face, vomissements et de la fièvre. Un médecin appelé en hâte a parlé d'appendicite et a conseillé la glace et les opiacés. Ces douleurs ont duré 5 jours en s'atténuant progressivement et siégeaient principalement à droite. Au bout de 15 jours, tout rentra dans l'ordre et la malade a pu reprendre son travail, mais se sentait un peu faible et se fatiguait rapidement.

Après cette première crise, ses règles ont retardé de 20 jours; elles étaient plus abondantes et douloureuses.

Depuis sa première crise jusqu'aujourd'hui, elle en a présenté d'autres, moins violentes et plus espacées. Les douleurs

siégeaient toujours à droite et dans les lombes; le côté gauche était complètement indolore.

Plus tard, des troubles dyspeptiques apparurent, consistant en renvois acides, pesanteur sur la région de l'estomac, inappétence fréquente, vertiges, maux de tête; la malade qui allait régulièrement à la selle tous les jours, est devenue plutôt constipée et reste souvent quatre et cinq jours sans avoir de selles. Il lui arrive d'autres fois d'avoir de la diarrhée; les matières sont glaireuses et la défécation provoque des douleurs.

Sa bonne santé habituelle a disparu; l'état général est devenu précaire, l'appétit presque nul; la marche, la station debout la fatiguent et augmentent la douleur; le décubitus dorsal la calme un peu; elle maigrit à vue d'œil et une tristesse inexplicable l'a envahie depuis quelques mois.

Examen : On se trouve en présence d'une femme de petite taille, paraissant plus que son âge, anémiée, amaigrie, avec des traits tirés, des yeux cerclés d'un liseré noir.

Elle se tient péniblement debout, accuse une douleur sourde, persistante, dans le bas-ventre et seulement à droite et souffre des reins. Cette douleur, dit-elle, lui descend dans la cuisse droite et parfois elle ressemble à un fourmillement douloureux.

Pas de défense de la paroi à la palpation. Le point de Mac Burney n'est pas douloureux et en pressant profondément à droite on obtient une douleur d'intensité moyenne. A gauche, on perçoit une masse dure, donnant l'impression de siéger à côté de la colonne lombaire, pas très douloureuse, flanquée contre la corne utérine, immobile. L'utérus est difficilement perceptible par le palper abdominal. Pas de météorisme, le ventre est plutôt souple.

Au toucher : Le col est entr'ouvert, mou, et regarde un peu en avant; l'utérus est en rétroversion moyenne, un peu augmenté de volume, dur, immobilisé et légèrement incliné à droite. On perçoit nettement son fond et on sent à sa gauche et en haut une grosse masse, de consistance moyenne, du volume d'une petite mandarine, un peu douloureuse, immobilisée par des adhérences.

On a de la peine à introduire le doigt dans le cul-de-sac

postérieur, car cette région est très douloureuse et la malade se meut au moindre contact. Il y a de plus un peu de vaginisme. On peut quand même poursuivre l'examen avec prudence. Le Douglas paraît bomber légèrement dans le vagin et occupé par une masse annexielle pas trop volumineuse, à peine rénitente, complètement immobilisée, adhérente au plan postérieur, se poursuivant dans le cul-de-sac latéral droit. Le cul-de-sac latéral gauche paraît complètement effacé et vide.

De ces différents renseignements, nous concluons à une salpingite double, basse à droite, dans le Douglas, haute à gauche et nous proposons à la malade, comme seul traitement possible, une laparotomie, que celle-ci refuse avec obstination, malgré nos conseils.

Devant son obstination et pour la soulager momentanément, nous pratiquons un tamponnement profond et serré, dans le Douglas, pour dégager la trompe coincée et soulever légèrement l'utérus rétroversé.

Ce moyen palliatif a pu diminuer les douleurs au bout de quelques heures. Depuis ce moment nous n'avons pas revu la malade, mais nous avons appris ultérieurement qu'elle allait souvent consulter un médecin de sa région.

OBSERVATION XI

Volumineux hydrosalpinx à situation basse à droite. — Salpingite sans distension à gauche, prolabée dans le Douglas. — Salpingo-ovariotomie droite. — Salpingostomie gauche. — Guérison.

Madame C..., 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 16 septembre 1919, pour des douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires : Parents vivants. Mère opérée à l'hôpital de la Croix-Rousse, où on lui fit une anastomose (?), porte une cicatrice sus-ombilicale médiane. Grand-père maternel mort d'un cancer. Un frère mort à 3 jours. Sa mère eut une fausse-couche avant la naissance de la malade.

Antécédents personnels : Scarlatine il y a deux ans avec

albuminurie passagère. Régulée normalement à 13 ans avec toujours un peu de retard. Mariée à 16 ans, mari bien portant.

A 16 ans, la malade ayant ses règles fit une chute; elle raconte que trois jours après elle se mit à souffrir énormément de l'abdomen, principalement dans le flanc gauche. Elle avait alors des pertes blanches assez abondantes et fut soignée dans le service de M. Plauchu, à la Croix-Rousse, mais dit n'avoir pas eu de fausse-couche. Depuis elle en souffre toujours, surtout au moment des règles et s'alite quelquefois.

Au mois de juillet 1918, les douleurs devinrent plus violentes, trois jours après avoir eu ses règles; elle resta couchée un mois. Elle se soigna chez elle avec des injections au sulfate de zinc et des ovules.

Une crise analogue la reprit au mois de février 1919 et elle entra à l'hôpital de la Charité où elle resta 15 jours. Calmée par la glace, elle sortit, mais 15 jours après elle fut obligée de revenir; elle resta dans le même service pendant sept semaines. Au bout de ce temps elle retourna chez elle soulagée, mais non guérie, puisqu'elle souffrait toujours un peu à gauche. Elle avait, plus tard, de la fièvre et des vomissements.

Il y a dix jours, le 6 septembre, dans le courant de la matinée, des coliques apparurent, d'abord sourdes, puis de plus en plus violentes; ses règles étaient terminées depuis le 3 septembre. Le lendemain et les jours suivants elle garda le lit. Mais devant la persistance des phénomènes douloureux, plus accusés dans la fosse iliaque gauche, elle se décida à se présenter à la consultation et fut admise dans le service.

Examen : Malade au teint coloré, ne semble pas affaiblie, amaigrissement peu accentué, pas de température. Langue saburale, anorexie, pas de constipation. Abdomen normal, anciennes cicatrices des topiques dans la région sous-ombilicale, ecchymose provenant d'un coup reçu dimanche dernier. La palpation est douloureuse, surtout à droite, pourtant la douleur constante siège principalement à gauche.

Au toucher : Utérus refoulé en avant, mobile, fond incliné à gauche, col conique de nullipare. Les culs-de-sac postérieur et latéral droit sont occupés par une masse arrondie, fluc-

tuante, du volume du poing, douloureuse à la pression. Les annexes gauches paraissent situées profondément dans le Douglas, sans augmentation notable de volume. Le cul-de-sac latéral gauche est libre.

25 septembre 1919, intervention pratiquée par M. Villard. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ablation des annexes droites où il existe un hydrosalpinx du volume d'un œuf de dinde. A gauche, la trompe est oblitérée sans distension, adhérente à l'ovaire. Les deux annexes se trouvent en situation basse, les gauches adhérentes au fond du Douglas et les droites immédiatement plaquées sur les premières.

Libération de la trompe gauche, salpingostomie, salpingo-pexie, fermeture sans drainage.

19 octobre 1919, la malade sort guérie.

NOTE. — *La malade, après avoir souffert pendant 7 ans et après avoir été hospitalisée trois fois, se décide enfin à subir un traitement chirurgical. Rien n'a pu la débarrasser complètement de ses douleurs; tous les moyens n'étaient que des palliatifs et ne la soulageaient que momentanément.*

L'intervention démontre l'existence du défaut de parallélisme entre le volume des trompes et leur degré d'altération et l'intensité des phénomènes douloureux.

La trompe gauche plus basse, comme situation anatomique, adhérente au fond douglassien, provoquait seule les douleurs constantes siégeant au côté gauche. Pourtant elle était bien moins altérée et a été conservée.

Par contre la trompe droite transformée en un gros hydrosalpinx et présentant des lésions ayant nécessité son ablation, un peu plus haute que la gauche, n'était pas très douloureuse par elle-même.

OBSERVATION XII

Salpingite basse bilatérale.

Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Madame V..., 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 27 octobre 1919, pour des douleurs abdominales ayant leur siège à gauche.

Rien dans ses antécédents héréditaires et personnels. Réglée à 13 ans et depuis régulièrement.

L'affection actuelle a débuté il y a 6 ans par une crise douloureuse, avec fièvre et métrorragie abondante. Les douleurs siègent dans tout le bas-ventre, surtout à gauche et furent vite calmées par la position horizontale et par la glace. Quelque temps après, des pertes blanches apparurent, traitées par des injections au permanganate, mais continuèrent jusqu'aujourd'hui.

Un an après le début, se forma un abcès vaginal ouvert au doigt par un médecin et en 20 jours tout rentra dans l'ordre.

Depuis, la malade ressentait toujours quelques vagues douleurs à gauche, bien supportées.

Il y a huit mois, l'intensité des douleurs s'est accrue, en s'irradiant dans les lombes et dans la région sacrée. Plus tard la cuisse gauche est devenue douloureuse. Ces symptômes disparaissaient par le décubitus dorsal, mais réapparaissaient aux moindres mouvements et à la station debout.

Enfin leur intensité est arrivée au maximum dans ces derniers mois. Tout mouvement devenait impossible. Les lombes, la région sacrée, la cuisse gauche étaient plus sensibles et devenaient plus douloureuses dans la nuit.

Elle n'a plus des métrorragies, mais les pertes blanches sont plus abondantes, sans troubles de miction; elle n'est pas constipée.

Examen : Bon état général, pas de troubles digestifs, ni nerveux, teint coloré. Abdomen normal et souple, se laissant facilement déprimer. Rien à la palpation, sauf un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche à la pression profonde.

Au toucher : Utérus en situation intermédiaire, col conique de nullipare. Culs-de-sac vaginaux souples. On sent dans le Douglas une masse très douloureuse, dure, du volume d'une petite mandarine, immobilisée, qui se continue légèrement dans le cul-de-sac latéral gauche et qui est formée par les annexes.

25 novembre 1919, intervention (M. Villard). Echee d'une

anesthésie rachidienne; on continue à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les deux trompes modérément distendues, mais fermées, se trouvent au fond du Douglas, accolées à la face postérieure de l'utérus. La trompe gauche, plus basse, reposait directement sur le fond du cul-de-sac pos-

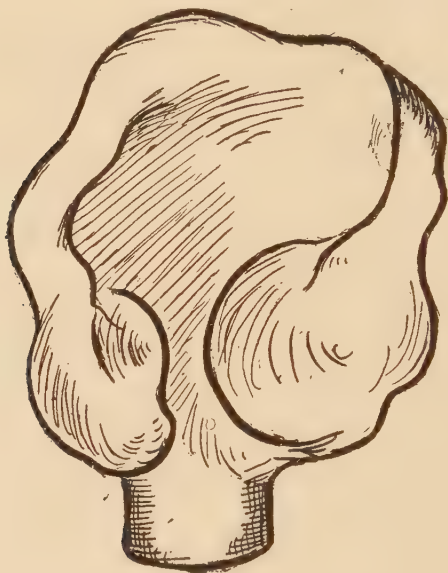


FIG. 3. Utérus et annexes de l'observation XII vus par leur face postérieure. La section a porté au niveau de l'isthme.

térieur, tandis que la droite était plaquée sur la première.

Hystérectomie par le procédé américain. Fermeture sans drainage.

20 décembre 1919, la malade sort guérie.

NOTE. — Depuis la première crise jusqu'au jour de l'intervention, le siège principal de la douleur se trouvait à gauche, s'irradiant dans la cuisse correspondante. La malade n'accusait aucun phénomène douloureux à droite.

Pourtant les deux trompes présentaient le même degré d'altération puisqu'il a fallu faire la castration totale des annexes et toutes les deux étaient en situation basse. La gauche était plus profondément située, plaquée contre l'extrémité du sacrum et entièrement dans le Douglas et la droite reposait sur elle.

Nous reproduisons schématiquement l'utérus et les annexes enlevés. Dans la figure 3 on se rend compte que la trompe gauche est plus longue et plus basse que sa correspondante à droite.

OBSERVATION XIII

Salpingite gonococcienne.

Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Madame Ch..., 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 10 juin 1909.

A 20 ans, fièvre typhoïde. A 22 ans, bartholinite, pertes blanches abondantes. Incision de la bartholinite qui a récidivé six fois.

Il y a 6 ans, au cours d'un coït trop vigoureux, elle éprouve une vive douleur dans le côté droit et depuis ce moment elle en souffre à l'occasion de la moindre fatigue. Les rapports sont très douloureux et lui arrachent des cris.

Il y a 4 jours, elle ressent une violente douleur en coup de poignard dans le côté droit du petit bassin. Pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre. Elle se met au lit; les changements de position exagèrent cette douleur qui s'atténue dans le décubitus horizontal.

Le toucher est très douloureux, car il y a de la vaginite granuleuse; la malade contracte sa paroi abdominale et le doigt ne peut atteindre les culs-de-sac; annexes droites volumineuses dans le Douglas.

15 juin 1909, intervention (M. Villard). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Double salpingite basse. La trompe droite plonge dans le Douglas, la gauche repose sur la précédente. Toutes deux sont très altérées et contiennent du pus; leur lumière est complètement oblitérée.

Ablation totale des annexes, hystérectomie subtotale. Drainage par le cul-de-sac postérieur, par incision médiane postérieure du col.

21 juin 1909, ablation de la mèche.

30 juin 1909, la malade sort guérie.

OBSERVATION XIV

Salpingite bilatérale basse.

Madame G..., 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 2 septembre 1919, parce qu'elle souffre du ventre.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans et depuis régulièrement. Mariée à 17 ans. Règles longues et abondantes durant quelquefois quinze jours. Une fille de 9 ans bien portante. Dihptérie dans l'enfance. Mari tué à la guerre.

Il y a 6 ans, fausse-couche de trois semaines (artificielle). La malade s'alita pendant trois semaines; elle perdit beaucoup avec des caillots. Depuis ce temps elle ne se porta jamais bien, souffrant au moment des règles du côté gauche. Elle est très constipée, a de l'inappétence et des vertiges fréquents. Tremblements nerveux.

Au toucher : Annexes paraissant plus volumineuses à gauche qu'à droite et donnant à ce niveau une sensation de masse semi-fluctuante; elles sont aussi très douloureuses de ce côté, occupant le Douglas, séparées l'une de l'autre par un sillon très net. Utérus en situation intermédiaire.

10 septembre 1919, la malade quitte l'hôpital et se refuse à toute intervention. Les douleurs persistent toujours, plus localisées à gauche.

OBSERVATION XV

Salpingite double: — Salpingo-ovariotomie à droite.

Conservation de la trompe gauche. — Guérison.

Madame C..., 27 ans, entre dans le service de M. Villard le 6 septembre 1917, venant de l'infirmérie de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Observation de l'infirmérie : 28 août 1917, dernières règles normales le 11 mai, d'une durée de quatre jours. Le 11 juin, perte sanguine d'un après-midi. Le 11 juillet, elle perd pendant deux heures. Le 11 août, quatre jours de retard, perd pendant huit jours. Le 27 août, on trouve à l'examen une masse molle douloureuse dans le Douglas qui paraît correspondre à un œuf. Le fond utérin est nettement perçu par le toucher combiné au palper. Signes sympathiques de grossesse.

31 août 1917, toucher pratiqué par M. Villard. Salpingite droite, chute de la trompe dans le Douglas.

A partir du 1^{er} septembre, douleurs très violentes dans les deux fosses iliaques; ventre souple; tempér., 37°,6; pouls, 76; douleurs calmées par la glace.

3 septembre 1917, *au toucher* : Dans le cul-de-sac postérieur et un peu à droite, masse volumineuse, ayant grossi depuis quatre jours, plus étalée, dure, moins mobile, d'aspect inflammatoire; col utérin un peu œdématié, utérus gros mais dur. Au côté gauche, le cul-de-sac est aussi douloureux. Le ventre est souple, mais la malade vomit tous les aliments.

6 septembre 1917, intervention (M. Villard). Laparotomie médiane sous-ombilicale. On constate une annexite bilatérale, mais simplement parenchymateuse et sans oblitération tubaire à gauche. A droite, trompe distendue, purulente, complètement dans le Douglas, cachée par le fond utérin. Ablation de la trompe droite qui est très adhérente au Douglas et à l'intestin. On s'aperçoit alors que l'anse sigmoïde plonge dans le fond du cul-de-sac postérieur où elle est adhérente par son sommet, constituant un angle en V, dont la libération est laborieuse.

En raison des lésions suppuratives, on fait un drainage pelvien par une ouverture ressortant par le vagin, avec péritonisation par suture du côlon pelvien au péritoine rétro-utérin et ligamentaire. Petit drainage abdominal à la Mickou-liz placé au-dessus du côlon pelvien.

Au cours du placement de la mèche vaginale, une blessure du rectum est faite par suite d'une fausse manœuvre de l'aide chargé de placer une pince dans le vagin.

20 septembre 1917, suites normales; la blessure accidentelle du rectum ne s'est accompagnée d'aucun accident.

13 octobre 1917, la malade sort guérie.

17 décembre 1919, la malade revue a été complètement débarrassée de ses douleurs.

CONCLUSIONS

1° Les situations anatomiques différentes que peuvent occuper les trompes, donnent aux salpingites des caractères cliniques particuliers et comportent des indications thérapeutiques spéciales.

2° Parmi ces situations anatomiques diverses, la position basse des annexes mérite d'être étudiée à part. Il y a lieu de réserver le terme de *Salpingites basses* à celles qui occupent franchement le cul-de-sac de Douglas et se trouvent au contact de la face postérieure de l'utérus. En effet, beaucoup de salpingites peuvent occuper une situation déclive incomplète sans présenter des caractéristiques de salpingites véritablement probées.

3° La caractéristique clinique des salpingites basses est la douleur faisant des malades de véritables infirmes.

4° La douleur dans les salpingites basses est fonction de la situation anatomique et non de la gravité des lésions tubaires. Une volumineuse salpingite en situation élevée est moins douloureuse qu'une salpingite basse de petit volume; le fait peut s'observer sur une même malade.

5° L'impotence fonctionnelle et la gêne qui résultent

de cette affection comportent un traitement chirurgical, consistant dans la laparotomie, afin de vérifier, de visu, les lésions anatomiques, et d'agir suivant le degré de celle-ci.

6° L'Hystérectomie s'adressera seulement aux lésions graves bilatérales avec oblitération du pavillon des trompes.

La Salpingopexie, avec ou sans hystéropexie, sera la règle pour toutes les trompes non oblitérées.

La Salpingopexie, avec salpingostomie, pourra être tentée dans les formes de salpingite résiduale avec oblitération cicatricielle du pavillon.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

P^r TIXIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Janvier 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND. — Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites, *Thèse de Lyon*, 1911.
- BAUBY. — Complications des salpingites provoquées par des adhérences intestinales, *Arch. Méd.*, Toulouse, 1904.
- BEUTTNER. — Eine neue Methode der Extirpation doppelseitig erkrankter, Adnexen, *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1908.
- BLOCH. — Peut-on et doit-on masser les annexites? *Progrès Médical*, Paris, 1903.
- BOVIS (DE). — Le rôle du gonocoque dans l'étiologie des pyosalpinx, *Semaine Médicale*, Paris, 1912.
- CASTERA. — Contribution à l'étude des rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec l'anse sigmoïde et son meso, *Thèse de Bordeaux*, 1911.
- CHACON. — Ueber die conservative Behandlung der chronisch entzündlicher Adnextumoren nebst statistik der Heidelberger, *Frauenklinik in den Jahren, 1902-1905*, Leipzig, 1906.
- CHAPUT. — Le traitement des salpingites par la salpingostomie longitudinale, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1916.
- CLADO. — La salpingo-ovaro-syndèse, *Sem. Gynéc.*, Paris, 1899.
- COMMANDEUR. — Topographie des culs-de-sac vaginaux, *Thèse de Lyon*, 1894.

- CONVERT (P.). — Les opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites (résultats éloignés), *Thèse de Lyon*, 1914.
- DELANOE. — Des adhérences intestinales dans les cas de pyosalpinx, *Thèse de Paris*, 1907.
- DOLERIS. — Maladies des annexes de la femme, *Gynécologie*, Paris, 1905.
- ESCH. — Ein Beitrag zur operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexer Krankheiten durch ventrale Laparatomie, *Zeitschr. f. Geburtsch. u. Gynäk.*, Stuttgart, 1907.
- FAURE. — La salpingopexie, *Gynécologie*, 1903.
- FORGUE. — *Précis de Pathologie externe*, 1912.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*, 1916.
- JARSAILLON. — De la salpingostomie et autres opérations conservatrices des trompes utérines, *Thèse de Lyon*, 1900.
- JAYLE et DE LIMAN. — Du rôle capital des lésions annexielles dans les rétrodéviations douloureuses, *Rev. de Gynéc.*, 1897.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 1914.
- LE DENTU et P. DELBET. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 1916.
- LEJARS. — *Traité de chirurgie d'urgence*, 1914.
- LEGUEU. — Des indications de l'opération dans les salpingites chroniques, *Rev. intern. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1901.
- MARION. — *Technique chirurgicale*, 1917.
- PILEUR. — Sur un cas de diagnostic difficile entre une salpingite et un phlegmon pré-rectal, *Journ. de Méd.*, Paris, 1904.

PINATZIS. — Des salpingites hautes : formes liées à la puerpéralité, *Thèse de Lyon*, 1907.

POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1910.

TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, 1911.

*TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie topographique*, 1912.

VILLARD (E.). — Des salpingites hautes, *Soc. de chir. de Lyon*,
5 juillet 1900.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique des salpingites au point de vue de leur situation.....	13
CHAPITRE III. — Symptomatologie.....	25
CHAPITRE IV. — Pathogénie des douleurs.....	34
CHAPITRE V. — Diagnostic.....	39
Lésions occupant le Douglas.....	39
Nature de la tumeur salpingienne.....	44
CHAPITRE VI. — Pronostic.....	46
CHAPITRE VII. — Traitement.....	48
OBSERVATIONS	55
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83

